Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Frankfurt am Main
(Direktor: Professor Dr. med. et Dr. phil. H. Guthmann)

Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen bei Schwangerschaftstoxikosen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät der

Johann-Wolfgang-Goethe-Universität zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

Wilhelm Ernst Orth

aus Darmstadt

Bingen am Rhein 1941

Verlagsdruckerei A. J. Pennrich Nachfolger

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Frankfurt am Main
(Direktor: Professor Dr. med. et Dr. phil. H. Guthmann)

Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen bei Schwangerschaftstoxikosen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät der

Johann-Wolfgang-Goethe-Universität zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

Wilhelm Ernst Orth

aus Darmstadt

Bingen am Rhein 1941

Verlagsdruckerei A. J. Pennrich Nachfolger

Nachruf

Wilhelm Ernst Orth starb den Heldentod am 26. September 1941 nach einer im Osten erlittenen schweren Verwundung. Er hat noch auf dem Krankenbett versucht, die Korrekturen dieser Arbeit zu lesen, so sehr lag ihm ihre Vollendung am Herzen. Ich habe, da er sein Vorhaben nicht mehr ausführen konnte, in seinem Sinne die Korrektur erledigt. Sein Vater läßt die Drucklegung fertigstellen.

Wir verlieren an Wilhelm Ernst Orth einen hoffnungsvollen jungen Arzt, einen gewissenhaften wissenschaftlichen Forscher, einen treuen und fleißigen Mitarbeiter und Kameraden. Die vorliegende Arbeit soll das Gedenken an ihn und an sein Heldentum verewigen.

Frankfurt am Main, im November 1941.

F. Stähler

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität zu Frankfurt am Main

Referent:
Dozent Dr. Fritz Stähler

Korreferent:
Professor Dr. med. et phil. Heinrich Guthmann

Dekan:
Professor Dr. med. et phil. Heinrich Guthmann

Tag der mündlichen Prüfung:
24. März 1941

Meinen lieben Eltern

in dankbarer Verehrung!

Im Jahre 1935 wurde die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation aus gesundheitlichen Gründen für Deutschland einheitlich geregelt und die „Vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 18. Juli 1935 (RGBl. I S. 1035). Die Verordnung trat am Tage nach der Verkündung, die Artikel 5 bis 8 der Verordnung, die die Begutachtung betreffen, am 1. Oktober 1935 in Kraft.

Das Material dieser Arbeit stammt aus der Anfangszeit der Gutachtertätigkeit, vom 1. Oktober 1935 (Inkrafttreten der Verordnung, bzw. Beginn der Gutachtertätigkeit) bis Ende 1936, von allen Ärztekammern, soweit bei diesen bis dahin Gutachter über Schwangerschaftstoxikosen vorlagen und umfaßt

347 Anträge.

Die Anträge wurden gestellt auf:

a) Unterbrechung der Schwangerschaft in 310 Fällen = 89,3 %;

davon genehmigt	179	= 57,8 %
abgelehnt	99	= 31,9 %
zurückgezogen	32	= 10,3 %.

b) Unterbrechung der Schwangerschaft mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung in 32 Fällen = 9,2 %;

davon genehmigt	17	= 53,1 %
abgelehnt	7	= 21,9 %
zurückgezogen keine.		

Bei acht Anträgen wurde nur die Schwangerschaftsunterbrechung genehmigt, die Unfruchtbarmachung dagegen abgelehnt (25,0 %).

c) Unfruchtbarmachung in fünf Fällen = 1,5 %;

davon genehmigt	4
abgelehnt	1.

Bevor ich zu den einzelnen Krankheitsfällen übergehe, möchte ich eine kurze Erklärung des Ausdrucks „Schwangerschaftstoxikose" geben.

Schwangerschaftstoxikosen oder Schwangerschaftsintoxikationen (Gestosen / Gestationstoxikosen / R. Freund) sind Störungen, bzw. vergiftungsähnliche Zustände, die durch Veränderung im Stoffwechsel in der chemisch-physikalischen Beschaffenheit des Blutes und der Körpersäfte infolge Schwangerschaft, d. h. Anwesenheit eines Schwangerschaftsproduktes im weiblichen Körper, entstehen. — Durch die Schwangerschaft erfährt der weibliche Organismus eine gewaltige Umstellung in seiner innersekretorischen Tätigkeit und im Stoffwechsel. Die Anforderungen an die einzelnen Organe werden bedeutend erhöht, so daß diese schwere Belastung bei minderwertiger Gesamtkonstitution oder Schwäche einzelner Organe oder Organsysteme Beschwerden, bzw. Schädigungen auftreten läßt, die unter den gewöhnlichen Verhältnissen außerhalb der Schwangerschaft nicht beobachtet werden (L. Seitz).

Diese Störungen können so weit führen, daß das Leben der Schwangeren auf das höchste gefährdet wird und man gezwungen ist, die Ursache dieser Störungen, das Schwangerschaftsprodukt, zu entfernen. Wenn diese Schädigungen bei mehreren Schwangerschaften in immer schwererer Form auftreten, muß man neben der Unterbrechung eine Unfruchtbarmachung in Betracht ziehen. Zur Erzielung einer weitgehenden Einheitlichkeit in der Beurteilung und um zu prüfen, inwieweit gesundheitliche Schädigungen vorliegen, dann auch, um Schwangerschaftsunterbrechungen und Unfruchtbarmachungen zu verhindern, die aus leichtfertiger Anzeigestellung — mit oberflächlichen Begründungen — oder infolge falscher Diagnose (siehe z. B. Fall 10, 18) ausgeführt würden, ist die „Vierte Verordnung" erlassen, wonach eine Unterbrechung oder Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen erst nach eingehender Begutachtung durch mehrere Ärzte, insbesondere Fachärzte, vom Leiter der dazu geschaffenen Gutachterstelle genehmigt oder abgelehnt wird. Diese Gutachten liegen dieser Arbeit zu Grunde.

Die 347 Anträge ergeben nach Krankheit geordnet folgende Aufstellung:

Diagnose	Gesamtzahl	Anträge genehmigt	Ausführung von: J	J + St	St
Hyperemesis	248	140	126	14	—
Nephropathie	23	20	12	5	2 [1])
Pyelitis	17	9	9	—	—
Gefahr der Eklampsie	11	5	4	1	—
Praeeklampsie	9	9	7	2	—
Schwerste Toxikose	9	8	5	1	— [2])
Leichte Toxikose	7	—	—	—	—
Thyreotoxikose	6	2	1	—	1
Perniciosaähnliche Anaemie	4	4	3	1	—
Sek. Anaemie	3	1	1	—	—

Diagnose	Gesamtzahl	Anträge genehmigt	Ausführung von: J	J + St	St
Dermopathie	3	3	—	2	1
Eklampsie	2	2	2	—	—
Essentielle Hypertonie	1	1	1	—	—
Jcterus haemolyticus	1	1	—	1	—
Hydrops grav.	1	1	—	—	—[3]
Osteomalacie	1	1	1	—	—
Psychopathie	1	1	1	—	—
	347	208	173	27	4

Erg.: J = Interruptio;
J + St = Interruptio und Sterilisation;
St = Sterilisation;
[1]) = einmal lag keine Schwangerschaft vor, wie die Uterusausschabung ergab;
[2]) = bei zwei genehmigten Anträgen wurde die Unterbrechung nicht ausgeführt (siehe Seite 38);
[3]) = die Ausführungsanzeige der Unterbrechung fehlt.

1. Hyperemesis

Der weitaus größte Teil der Anträge besteht also aus Fällen von Hyperemesis. Dabei muß bemerkt werden, daß das Wort „Hyperemesis" in vielen Fällen falsch aufgefaßt wird, indem man ein gesteigertes Erbrechen, das durch andere als toxische Momente bedingt ist wie desiderium abortandi, psychische u. ä., mit Hyperemesis bezeichnet, während damit ein „unstillbares" toxisch bedingtes Erbrechen gemeint ist.

Die 248 Anträge möchte ich noch unterteilen in:

	Gesamtzahl	Unterbrechungen	%
a) Hyperemesis	190	101	= 53,2
b) Hyperemesis mit Komplikationen	58	39	= 67,2

Ich stelle a) in Gegensatz zu b), wobei ich unter b) sowohl das Vorhandensein einer nicht durch die Schwangerschaft bedingten Erkrankung (z. B. Tuberkulose) als auch das Hinzutreten einer anderen Schwangerschaftstoxikose, die das Krankheitsbild verschlimmert, verstehe, so daß hier prozentual mehr Unterbrechungen vorgenommen werden. So ist auch zu verstehen, daß von den Anträgen unter b) elf auf Unterbrechung der Schwangerschaft mit gleichzeitiger Unfruchtbar-

machung gestellt werden, während bei a) drei solcher Anträge vorkommen; bei diesen 14 Anträgen wurde folgendermaßen entschieden:

	Unterbrechung und Unfruchtbarmachung genehmigt	Unterbrechung genehmigt, Unfruchtbarmachung abgelehnt	Unterbrechung und Unfruchtbarmachung abgelehnt
Hyperemesis	—	2	1
Hyperemesis mit Komplikationen	4	3	4

Die Hyperemesis resp. Emesis grav. bietet an und für sich keinen Grund zur Unfruchtbarmachung (siehe Stadlers „Richtlinien" Seite 35 Abs. 3), so daß obige Fälle einer näheren Betrachtung unterzogen werden müssen (Seite 19).

Vorher aber möchte ich einige typische Fälle von Hyperemesis zeigen, darunter auch einige von recidivierender Hyperemesis, bei denen eine Unfruchtbarmachung in Betracht zu ziehen gewesen wäre.

Fall 1:

„Patientin 26 Jahre, I. Gravide im zweiten Monat, letzte Periode am 15. Juni 1935, seit Anfang Juli Erbrechen, das Mitte Juli so stark wurde, daß keinerlei Nahrung behalten werden konnte, auch kein Wasser. Bettruhe und ständige ärztliche Behandlung mit allen erdenklichen Mitteln ohne Erfolg. Rapide Abmagerung. Patientin schläft den größten Teil des Tages wegen Schwäche. Nach vier Tagen klinischer Beobachtung und Behandlung wurde Antrag auf Unterbrechung gestellt. Ergebnis der Gutachten: Urinmenge 150 ccm im Tag, Aceton +, Acetessigsäure ++, Urin hochgestellt; ziemlich reduzierter Ernährungszustand, mäßige Somnolenz, Augen eingesunken, schmierig belegte Zunge, foetor ex ore, Puls steigend 108 klein, beschleunigt, Temperatur subfebril, medikamentöse Behandlung — besonders Insulin, Ovoglandol — ohne Erfolg."

Dieser Antrag wurde vor Inkrafttreten der „Vierten Verordnung" gestellt und von einer dafür zuständigen besonderen Kommission genehmigt. Anfang August wurde dieselbe Patientin wieder schwanger.

„Seit Ende August Erbrechen jeglicher Nahrung und Flüssigkeit. Patientin lag drei Wochen zu Hause, wo die angewandten Mittel wie Infusionen von Traubenzucker und Insulin, Ovoglandol ohne Erfolg waren; ab 25. September stationäre Behandlung, auch erfolglos. Patientin wird nur mit Infusionen und Tröpfcheneinlaufen erhalten, schneller Kräfteverbrauch. Urin zeigt Aceton und Acetessigsäure, Zunge stark belegt, foetor ex ore, Patientin macht apathischen Eindruck, zeigt beginnende, aber ausgesprochene Somnolenz, Puls klein, weich, aber regelmäßig 95."

Die Unterbrechung wurde genehmigt.

„Im März 1937 wieder schwanger, seit Anfang April stationäre Behandlung wegen Hyperemesis. Wegen erfolgloser Behandlung am 5. Mai nach Genehmigung Unterbrechung der Schwangerschaft aus vitaler Indikation.

Das Erbrechen hörte sofort auf und die Patientin erholte sich rasch bei reichlicher Nahrungszufuhr, fieberfreier Verlauf, Entlassung am 10. Mai.

Hier zeigt es sich, daß schlagartig nach Beseitigung des Schwangerschaftsproduktes die Besserung einsetzt und die Patientin schon sieben Tage nach der Unterbrechung gebessert entlassen werden kann.

Von den 248 Hyperemesis-Fällen endeten drei, obwohl die Unterbrechungen ausgeführt wurden, letal.

Fall 2:

„27jährige, II. Gravide, im fünften Monat erwähnenswert ist, daß die erste Gravidität mit einer Frühgeburt endete). Seit Dezember 1935 starkes Erbrechen und Gewichtsabnahme, Jcterus, seit einer Woche zunehmende Apathie, jetzt — am 15. Januar — eingewiesen in Klinik, Patientin nicht ansprechbar, Koma, Haut leicht subikterisch, Reflexe sämtlich fehlend, Leber etwas verkleinert, Herzaktion stark beschleunigt: 130, Kreislaufverschlechterung. Es wurde sofort eine vaginale Sectio aus vitaler Indikation vorgenommen, trotzdem am nächsten Tage Exitus. Autopsie: Verschluß des ductus choledochus durch Gallenstein, Degeneration der Leber, septische Milz, akute Myelitis."

Fall 3:

„35jährige, V. Gravide, im zweiten Monat der Schwangerschaft. Zwei Geburten normal, bei zwei Schwangerschaften Unterbrechung wegen Hyperemesis. Letzte Periode: 23. Dezember 1936. Seit 10. Februar wegen Erbrechen in Behandlung, ohne Erfolg. 17. Februar stationäre Behandlung, trotzdem weiterhin Erbrechen. Puls über 100, ikterische Skleren, Leber nicht druckempfindlich, nicht vergrößert, trotzdem wird eine starke Leberschädigung angenommen, Zunge stark belegt. Kreislaufverschlechterung. Am 25. Februar Unterbrechung, Patientin erholte sich nicht mehr. Exitus am 9. März."

Fall 4:

„28jährige, III. Gravide, grav. mens. III; letzte Periode: 15. Mai 1936, seit 10. Juni Übelkeit, Brechreiz, seit 22. Juni täglich galliges Erbrechen, Schmerzen in Magengegend, 1. Juli Einweisung, Therapie erfolglos. Gewichtsabnahme 8.6 kg, bis 12. August Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Jcterus, Bilirubin im Blut 2,5 mg %, Puls zeitweise 156, klein, weich, schlecht gefüllt, RR von 105/75 auf 80/45 mm Hg gesunken, Aceton und Acetessigsäure wechselnd +. Trotz Unterbrechung am 12. August Exitus am 15. August."

Im Fall 2, 3 und 4 trat frühzeitig eine ikterische Verfärbung der Haut auf, das Zeichen einer ernsten Schädigung der Leber; während man noch abwartete, verschlechterte sich auch der Kreislauf, so daß trotz des Eingriffs jetzt die Schädigung so groß war, daß der Organismus sie nicht mehr rückgängig machen konnte. Im Fall 2 muß noch darauf hingewiesen werden, daß die Hyperemesis erst im vierten Monat der Gravidität begann und offensichtlich in ursächlichem Zusammenhang mit dem Verschlußikterus und der Myelitis bestand. —

Ein typischer Fall für eine Hyperemesis mit Komplikationen, bei dem der Gedanke an eine frühzeitige Unterbrechung erwogen — nachdem schon vorher zweimal aus demselben Grund eine Schwangerschaft unterbrochen wurde —, aber wegen der starken Sehnsucht der Mutter nach einem Kinde wieder fallen gelassen wurde, ist der folgende, der nicht aus der Zeit der Gutachtertätigkeit ab 1. Oktober 1935 stammt, sondern als einziger aus der vorhergehenden Zeit, wegen der genauen Angaben aber der Veröffentlichung wert ist.

Fall 5:

„40jährige Patientin, IV. Gravide, im sechsten Monat der Schwangerschaft. Anamnese: 1922 normaler Partus; während dieser Gravidität bestand fast dauernd Erbrechen. Hin und wieder Cystitis. 1930 Gravidität, wegen Icterus gravis und Cystopyelitis Unterbrechung der Schwangerschaft im sechsten Monat durch Sectio caesarea (vierzehn Tage danach Lungenembolie). 1931 Gravidität, wegen derselben Komplikationen im vierten/fünften Monat vaginale Sectio. Seit 1931 Periode unregelmäßig, meist alle sieben Wochen. — Letzte Periode 16. Februar 1935, bald danach Erbrechen, das die nächsten vier Monate anhielt und dann völlig sistierte. Seit Mitte Mai heftige Blasenbeschwerden, dauernder Harndrang und Tenesmen, in letzter Zeit schlechter Schlaf und Obstipation. Wegen Blässe und ikterischer Verfärbung der Haut in Klinik eingewiesen.

Befund: Am 30. Juli 1935: Mittelgroße Frau, kräftig, ausreichender Ernährungszustand, mäßiges Allgemeinbefinden, Haut und sichtbare Schleimhäute schlecht durchblutet, Haut subikterisch verfärbt, keine Oedeme, kein Exanthem, Sensorium frei. —

Weiterer Untersuchungsbefund und Verlauf:

Lunge: kein wesentlicher Befund. Über Pulmonalis: leises systolisches Geräusch, 2. Pulmonalton betont. RR 120/75. EKG ist regelmäßig. Blut: Erythrocyten: 2,68 Millionen, Hb 50 %, F I 0,94, Ausstrich: Anisocystose. Erythrocyten Durchmesser 8,1 µ, Leukocyten 10 400 (3 Stab, 73 Segment, 21 Lympho, 1 Eosinophile, 2 Monocyten) Blutsenkung 144/151. — Bilirubin im Serum anfangs direkt +, indirekt 0,80 mg. Rest-N 29 mg %. Wassermann Ø, Urin Z Ø, E Trübung, Gallenfarbstoff normal, Sediment: massenhaft Leukocyten, einige frische

Erythrocyten, wenig Epithelim und Zylinder (Bact. coli comune). — Blut im Stuhl Ø. Leberprüfung mit 40 g Galaktose: normale Ausscheidung. Takata Ø. —

In den ersten Tagen sanken Werte für rotes Blutbild: Erythrocyten 2,12 Millionen, Hb 38 %, F I 0,97, trotz täglicher Verabreichung von 2 ccm Hepracton und auch 1 ccm Inheptron i. m. — Bluttransfusion: 8. August 100 ccm, 9. August 350 ccm, 13. August 400 ccm. Anstieg des roten Blutbildes: Erythrocyten 2,75 Millionen, Hb 49 %. In der folgenden Zeit erhält Patientin (an Stelle schmerzhafter Spritzen) viermal täglich einen Eßlöffel Hepatrat, sowie das Salzsäurepräparat Paractol. — 20. August. Rotes Blutbild Erythrocyten 3,00 Millionen, Hb 55 %, Anisocytose zurückgegangen, Erythrocyten Durchmesser 7,6 µ. — Cystitis erheblich abgeklungen, fast keine Blasenbeschwerden, nur noch häufiger Harndrang (wohl infolge der Graviditat). Katheder-Urin: Eiweiß Opalescenz, Sediment: vermehrte Leukocyten, einzelne Epithelien. Therapie bestand anfänglich in 2 g Salol täglich. Diätbehandlung (Schaukelkost: drei Tage acidotisch, drei Tage alkalisch wirkende Kost). Diagnose: Perniciosa-ähnliche Graviditäts-Anaemie, Cystitis (Cystopyelitis). Für eine Leberschädigung besteht kein Anhaltspunkt (Leber, Milz nicht vergrößert).

Prognose: Keine zwingende Notwendigkeit zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Ob Patientin allerdings in der Lage ist, das Kind völlig auszutragen, oder ob Frühgeburt eingeleitet werden muß, läßt sich mit Sicherheit nicht übersehen, nötig ist dauernde ärztliche Kontrolle und nach 14 Tagen Nachuntersuchung. Zu Hause täglich viermal einen Eßlöffel Hepatrat und dreimal einen Teelöffel Paractol prophylaktisch gegen Cystitis.

Patientin wurde am 20. August entlassen, weilte einen Monat zu Hause, der Zustand verschlimmerte sich wieder und am 17. September wurde sie in einer Frauenklinik eingewiesen.

„Diagnose: Schwere Hepatopathie, Partus praematurus. Im Wochenbett: Schwere Kachexie unklarer Aetiologie, hypostatische Pneumonie, Cystitis. —

Dauer der Schwangerschaft: 32. Woche.

Befund: Stark reduzierter Ernährungszustand, starker Icterus, beschleunigte Atmung, verfallene Gesichtszüge, Leber überragt vier Querfinger den Rippenbogen, etwas druckschmerzhaft. Lunge und Herz o. B., Temperatur 37° C., Puls 86, RR 115 mm Hg, Urin E (+), Z Ø, Sediment: mäßig Leukocyten. Uterusfundus ein Querfinger über dem Nabel.

18. September. In Lokalanaesthesie Anlegung eines intravenösen Dauertropfers links mit zehnprozentiger Glukose. — Urin: Urobilinogen + +, Urobilin +, Gallensäure Ø, Aceton Ø, Acetessigsäure +, E (+). — Zweimal Erbrechen, Patientin erhält 2 ccm Eukodal.

19. September. Wesentlicher besserer Eindruck, in linker Ellenbeuge Thrombenbildung, Entfernung des Dauertropfers. An diesem Tage dreimal Erbrechen. Patientin erhält im Laufe des Tages 30 E Insulin, 2 ccm Eukodal. Blasenbeschwerden besser, peroral erhält Patientin nichts. Abends Wehenbeginn. Urin: Urobilinogen +, Urobilin +, Gallensäure Ø, Aceton Ø, Acetessigsäure (+), E (+), Bilirubin direkt + +, 2,2 mg %. Kreißsaal: Wehenbeginn 19. September 16 Uhr, Blasensprung 19. September 23.20 Uhr, dto. Preßwehen, Geburt 19. September 23.30 Uhr, Wehentätigkeit gut, 1. Steißlage, Nachgeburt 23.40 Uhr nach Schulze, Blutverlust zirka 150 g.

Kind sehr klein, schreit sofort, macht gute Bewegung, sofort in eine Kinderklinik; Mädchen, Gewicht 1810 g, Länge 40 cm, unreif, am 20. September in Kinderklinik gestorben an Lebensschwäche. 20. September Verlegung auf Station. Bilirubin im Serum direkt +, indirekt 1,1 mg %. 23. September. Patientin hat sich von Geburt recht gut erholt, Icterus läßt nach, Appetit besser, täglich zweimal 10 E Insulin eine Stunde nach dem Essen. Blasenspülung mit Oxycyanat 1 pro Mille; Schmerzen am linken Bein verschwinden, Leber um einen Querfinger zurückgegangen. 29. September. Patientin erholt sich recht gut, bis 25. September täglich 20 E Insulin. Icterus ging ständig zurück. Nach Absetzen des Insulins bricht Patientin wieder, deshalb ab heute wieder regelmäßig Injektionen.

30.September. Rest-N 174 mg % (also bedeutend erhöht), NaCl 600 mg %, Zucker 34 mg %, Bilirubin 0,6 mg %, Diazoreaktion direkt Ø, Patientin erhält Hexeton, Traubenzucker, Insulin.

1. Oktober. Hypoglykämischer Schock, 20 ccm 50prozentiger Glukose beseitigen ihn, Patientin macht einen zunehmend geschwächten Eindruck, leichte Pleuritis links und Temperaturanstieg.

2. Oktober. Erythrocyten 3,8 Millionen, Hb 71%, Leuko 21600, Rest-N 168 mg %, Na Cl 560 mg %, Bilirubin 0,3 mg %, Diazo direkt Ø. RR von 100/60 auf 65/15 mm gesunken. Urin: E 0,5 ‰, Urobilin (+), Urobilinogen normal. Sediment: massenhaft Leukocyten, frische Erythrocyten, einige hyaline und granulierte Zylinder, Reaktion sauer.

Patientin erhält mehrmals Na Cl.-Lösung, mehrmals 150 ccm 50prozentige Dextrose, Pancortex, zweimal 100 ccm Na H CO_3 vierprozentig. —

Wegen des Schockes wird kein Insulin gegeben. Patientin erbricht viel, zunehmende Kachexie und Somnolenz. Weder im Urin noch im Serum sind Stoffe, die auf eine ernste Leberschädigung hindeuten. Leber überragt nur eineinhalb Querfinger den Rippenbogen. Der hohe Reststickstoff steht mit dem Nierenbefund nicht in Einklang. Vielleicht Nierenbeckenkachexie."

Patientin wird am 20. Oktober in eine medizinische Klinik zurückverlegt.

„4. Oktober. Leukocyten 18 850, Rest-N 172 mg %, Harnsäure 11,3 mg %, Na Cl 540 mg %, Zucker 100 mg %, Bilirubin 0,41 mg %, Diazo Ø, Amino-N 4,16 mg, Alkali-R-17,6, RR 45/0 mm Hg. Urin: E Spur, Urobilin Ø, Urobilinogen Ø, Sediment: viele Erythro- und Leukocyten, einzelne hyaline und granulierte Zylinder, toxische Granula im Blutbild, hohe Xanthoproteinreaktion, Pneumonie, Coma.

4. Oktober. Nachmittags Exitus angeblich unter Vorherrschen der Lungensymptome und Herzschwäche."

Bei diesem Fall weist schon die Anamnese auf eine minderwertige Gesamtkonstitution hin, die erst in den Schwangerschaften in Erscheinung tritt, dann wird uns hier ein Beispiel gegeben für die Unberechenbarkeit der Schwangerschaftstoxikosen. Bei dieser letzten Schwangerschaft hören die Intoxikationserscheinungen nicht mit dem Sistieren des Erbrechens auf, sondern zeigen sich in Beschwerden von Seiten der Harnwege und Erscheinungen seitens der Leber in Form einer subikterischen Verfärbung der Haut, sowie klinisch in einer hochgradigen Anaemie. Nach eingehender Behandlung wird Patientin entlassen, eine Leberschädigung ist nicht festzustellen. Bei der nun nach einem Monat eintretenden Verschlechterung — es ist inzwischen doch eine ernste Leberschädigung eingetreten — verhilft sich der Organismus selbst, es kommt zu einer Frühgeburt. Die Intoxikation ist aber so weit fortgeschritten, daß trotz anfänglicher Besserung nach der Geburt der Zustand irreparabel geworden ist; Herz und Kreislauf sind zu schwer geschädigt und es kommt zum Exitus, wohl unter Vorherrschen der Lungensymptome und Herzschwäche, die wahre Ursache dürfte in einer schwersten irreparablen Schwangerschaftsintoxikation zu suchen sein. —

Fall 6 zeigt das sehr selten auftretende Bild einer rezidivierenden Hyperemesis, wo die Frage der gleichzeitigen Unfruchtbarmachung vor Ausführung der Unterbrechung zu erörtern gewesen wäre, die sich in diesem Falle aber von selbst erledigte.

Fall 6:

„26jährige, VII. Gravide, im zweiten Monat, bis jetzt schon sechs künstliche Fehlgeburten wegen Hyperemesis. — Diesmal Erbrechen sechs- bis zehnmal täglich bei sonst gutem Ernährungszustand. Die Therapie mit Injektionen von Proluton, Phanodorm, Brompräparaten ist erfolglos, deswegen Klinikaufnahme, dabei zuerst Besserung, dann wieder Verschlechterung. Patientin möchte unbedingt ein Kind haben und die Unterbrechung vermeiden.

Die Gutachten ergeben, daß jegliche Therapie erfolglos ist und der Zustand lebensbedrohend wird. Patientin ist schlaff und elend, Organe o. B., Puls 100, sehr schwach, leicht unterdrückbar, im Urin viel Aceton (Hungerzustand!) E (+), Urobilinogen + + + (wohl Schädigung der Leber), täglich bis zu 25mal Erbrechen mit Blutbeimischung, Gefahr

der irreparablen Intoxikation. Unterbrechung wird genehmigt und bei der Ausführung wird der Fundus uteri an einer dünnen Stelle der Uteruswand perforiert, so daß Uterus supravaginal amputiert werden mußte; man nimmt hier an, daß die dünne Stelle von den früheren Unterbrechungen herrührt."

Außer dieser Uterusperforation kommt bei der Gruppe der Hyperemesis noch eine Perforation vor bei einer 28jährigen Frau im zweiten/dritten Monat der Schwangerschaft, die vier normale Geburten hat, wobei der letzte Partus sieben Monate zurückliegt. Man nimmt auch hier an, daß der Uterus infolge der vier vorangegangenen Geburten, die kurz aufeinander folgten (Kinder vier, zweieinhalb, eineinhalb Jahre und eines sieben Monate alt), derart geschädigt war, daß er einriß, und wegen der Blutung wurde eine Uterusamputation vorgenommen.

Beim nächsten Fall wird wegen vier vorangegangener Unterbrechungen wegen Hyperemesis Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung gestellt. In diesem Falle scheint im Gegensatz zum vorhergehenden eine psychische Komponente mitzuspielen, da diese Schwangerschaft ungewollt ist und Patientin keinen Wert auf das Austragen der Schwangerschaft, bzw. auf ein Kind legt.

Fall 7:

„31jährige Patientin, V. Gravide im Beginn des dritten Monats. Zahl der Geburten eine, Zahl der künstlichen Fehlgeburten vier. Bei der ausgetragenen Gravidität bestand starke Hyperemesis, Partus Januar 1929. Dann 1930, März 1933, Oktober 1933, Juli 1934 Unterbrechungen wegen Hyperemesis.

Jetzt besteht trotz stationärer Behandlung starkes Erbrechen, Gewichtsabnahme, Hypersalivation, Nahrungsaufnahme per os ist unmöglich, Urinmenge ist vermindert, Aceton +, Urobilinogen + +, Haut ist leicht ikterisch verfärbt, Temperatur gering erhöht, Zunge belegt, foetor ex ore.

Die Gutachten ergeben schlechten Zustand der Patientin. Gewichtsabnahme vom 29. Januar auf 7. Februar 5,7 kg. Eine Sterilisierung wird nicht für erforderlich gehalten, da im Anschluß an die erste schwere Entbindung bisher alle Schwangerschaften ungewollt waren."

Daß Erbrechen auch bei einer Vielgebärenden in unvermindertem Maße auftreten kann, zeigt

Fall 8:

„40jährige, XVI. Gravide, grav. mens. 2/3. Zahl der Geburten: elf, Zahl der Fehlgeburten: vier, letzter Partus vor drei Jahren, letzte Fehlgeburt vor sieben Monaten, dabei große Blutverluste. Patientin klagt jetzt über starkes Erbrechen, das seit drei Wochen besteht und bei Bettruhe nachläßt; Krankenhausaufnahme und -behandlung zeigen keinen Erfolg, schlechter Allgemeinzustand, hochgradige Unterernährung, Haut

und Schleimhaut blaß, RR 95/70 mm Hg, Lunge o. B., Abdomen schlaff, Blutbild: Erythrocyten 290 000 (!), Leukocyten 50 000, Hb 60 %, Blutsenkung 22/45 (nach Westergren), Ausstrich: Stab 3, Segment 58, Lymphoc. 37, Monoc. 2.—"

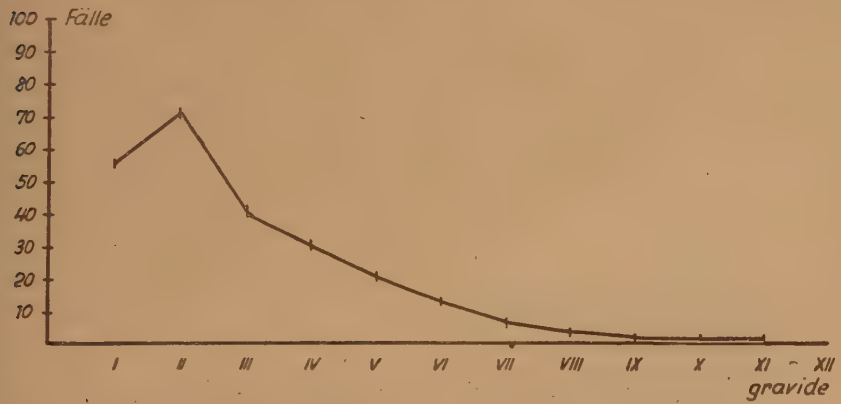
Das Verfahren wurde nicht beendet, ein Grund dafür ist im Gutachten nicht angegeben.

Fall 9:

33jährige, XVI. Gravide, grav. mens. III. Zahl der Geburten: fünf, Zahl der Fehlgeburten: zehn. Patientin ist stark geschwächt und hat Erbrechen nach jedem Essen, schlechter Appetit und Schlaf. Allgemeinzustand ist mäßig, bei einer Größe von 1,64 Meter wiegt sie nur 53 kg. Urin o. B. Blutbild: Hb 100 %, Erythrocyten 5,2 Millionen, Leukocyten 5 900.

Da keine toxischen Erscheinungen vorliegen, wird Antrag auf Unterbrechung abgelehnt."

Trotzdem scheint die Zahl der Schwangerschaften auf das unstillbare Erbrechen einen Einfluß auszuüben (siehe Stadlers „Richtlinien" Seite 35, Abschnitt 3), aber weniger nach der ersten, mehr noch nach der zweiten Schwangerschaft tritt bei den schweren Fällen eine gewisse Immunität ein, wie folgende Kurve zeigt:



I. Gravide: 56 Fälle	VII. Gravide: 6 Fälle
II. Gravide: 72 Fälle	VIII. Gravide: 4 Fälle
III. Gravide: 39 Fälle	IX. Gravide: 2 Fälle
IV. Gravide: 29 Fälle	X. Gravide: 1 Fall
V. Gravide: 19 Fälle	XI. Gravide: 1 Fall
VI. Gravide: 13 Fälle	XII. Gravide: 2 Fälle

(In vier Anträgen fehlen die Angaben über Graviditätsanzahl.)

Man könnte auch die Frage aufwerfen, ob das Alter der Schwan-

geren eine Rolle bei der Hyperemesis spielt; die nächste Übersicht verneint die Frage.

Jahrgang:	Jahrgang:	Jahrgang:	Jahrgang:
1890: 1	1898: 3	1906: 17	1914: 7
1891: —	1899: 8	1907: 13	1915: 6
1892: 1	1900: 12	1908: 19	1916: 4
1893: 1	1901: 8	1909: 13	1917: 1
1894: 3	1902: 17	1910: 16	1918: —
1895: 5	1903: 16	1911: 8	1919: 1
1896: 3	1904: 15	1912: 12	1920: 1
1897: 9	1905: 13	1913: 9	

(Sechs Altersangaben fehlen).

(Erg.: Die Gutachten stammen aus den Jahren 1935/36, also ist z. B. Jahrgang 1900 gleich Alter der Patientin 35 oder 36 Jahre.)

Wenn bei älteren Frauen Erbrechen ohne erkennbare Ursache auftritt, muß man auch eine Schwangerschaft in Erwägung ziehen. Es kam z. B. vor, daß starkes Erbrechen eine 46jährige Frau zum Arzt führte. Sie gab an, daß die Regel seit drei Monaten aussetzte und nahm an, daß es die Wechseljahre seien, erst die weitere Untersuchung ergab eine Schwangerschaft, nach deren Feststellung eine wirksame Bekämpfung des Erbrechens möglich war.

In manchen Fällen täuscht Erbrechen eine Hyperemesis vor, und bei nicht genügender Untersuchung wird leichtfertiger die Diagnose und der Antrag auf Unterbrechung gestellt, während die Ursache des Erbrechens weniger primär das Schwangerschaftsprodukt, sondern entweder eine andere Krankheit (Fall 2) oder mangelnder Wille der Kranken ist, wie das nächste Beispiel zeigt.

Fall 10:

„25jährige, VI. Gravide, dritter Schwangerschaftsmonat. Zahl der Geburten: drei, Zahl der Fehlgeburten: eine, Zahl der künstlichen Fehlgeburten: eine (wegen Hyperemesis). Patientin bettlägerig in stationärer Behandlung, Aceton auch bei ausschließlich rectaler Ernährung und reichlicher Darreichung von Kohlehydraten. Allgemeinzustand verschlechtert, gelegentlich Bewußtseinstrübung. Das erste Gutachten ergibt, daß ein guter Ernährungszustand vorliegt und zur Therapie nur Nährtropfeinlauf und Pantopon verabreicht wurde, sonst nichts, keine intravenöse Zuführung, kein Insulin; auch keine Untersuchung des Urins (auf Gallenfarbstoff, Eiweiß) wurden gemacht, so daß Unterbrechung trotz des reduzierten Kräftezustandes abgelehnt werden mußte.

Das zweite Gutachten ist sehr kurz gehalten: reichlich Fettpolster, blasses Aussehen, Puls 100, Urin: Aceton + +, Bilirubin +, E Ø, Z Ø, Urobilin +, Unterbrechung wird befürwortet.

Das Obergutachten lehnt die Unterbrechung ab, da keine Gewichtskontrolle gemacht und wenig therapeutische Maßnahmen ergiffen wurden. Weiter ergab sich, daß Patientin das Kind nicht haben wollte und das Erbrechen absichtlich provozierte, indem sie Finger in den Hals steckte, weiterhin die Nährklysmen herauspreßte, um ihren Zustand zu verschlimmern und eine Hyperemesis vorzutäuschen; sie fand auch daran eine Stütze, daß schon einmal wegen Hyperemesis eine Unterbrechung vorgenommen wurde.

Gerade dieser Fall zeigt die wirksame Tätigkeit der Begutachtung; früher hätte man diese Schwangerschaft unterbrochen, heute ist es dank der genauen Untersuchung durch zwei Gutachter und bei Unstimmigkeit derselben im Urteil durch ein Obergutachten möglich, Fehlerquellen bei der Diagnosestellung aufzuklären und eine Unterbrechung zu verhüten. —

Nun möchte ich noch in ganz kurzen Zügen einige besondere Fälle der Hyperemesis zeigen.

In drei Fällen kam es vor, daß — noch ehe die Unterbrechung genehmigt wurde — ein Abort erfolgte.

Fall 11:

„36jährige, IV. Gravide im dritten Schwangerschaftsmonat. Schon bei der ersten ausgetragenen Schwangerschaft hatte Patientin unter starkem Erbrechen zu leiden; aus diesem Grunde wurde bei ihr trotz „desiderium infantis" die zweite und dritte Schwangerschaft unterbrochen. Diesmal setzt das Erbrechen zehn Tage nach der letzten Periode ein, Diät, Corpus-luteum-Präparate, Peremesin hat keinen Erfolg, Patientin kann Zustand nicht länger ertragen, Suicidabsichten. Antrag wird am 6. März gestellt.

Die Gutachten vom 13. und 14. März ergaben einen mäßigen Ernährungs- und Kräftezustand. Gewicht war 46 kg bei einer Größe von 169 Zentimeter, Temperatur 37,8, Herzaktion sehr unregelmäßig, Blutung. Da die beiden Gutachter in ihrem Urteil nicht übereinstimmen, der eine schlägt klinische Beobachtung vor, der andere befürwortet die Unterbrechung, muß ein Obergutachter zugezogen werden; das Obergutachten wird wegen des Spontanabortes am 16. März überflüßig (infolge festsitzender Plazenta wird die Fehlgeburt wegen starker Nachblutung operativ beendet)."

In einem anderen Fall wird wegen Verdacht auf „Abortus imminens" eine Uterusausschabung bei einer Schwangerschaft im ersten Monat gemacht.

Beim nächsten Fall kam es trotz längerer eingehender klinischer Beobachtung und Behandlung zu einem Spontanabort bei Vorhandensein bedrohlicher toxischer Symptome.

Fall 12:

„20jährige, I. Gravide, im dritten/vierten Monat. Bisher kein Geburten oder Fehlgeburten. Letzte Periode: 18. März, seit 3. Juni i stationärer Behandlung. Urin: E (+), Z Ø, Urobilinogen +, Sediment Leukocyten, einige Erythrocyten. Die Behandlung mit Peremesin, Oktin Zäpfchen, Luminalinjektionen, Injektionen mit Traubenzucker und Rin gerlösung, Progynon- resp. Cantaninjektionen, Traubenzucker- und Rin gerlösungklysmen erfolglos. Am 4. Juli: Urin: E (+), Z Ø, Uro bilinogen +, Sediment: Erythrocyten, viele granulierte Zylinder, Leuko cyten leicht vermehrt, Bilirubin im Blut stark erhöht, Puls 120.

Erstes und zweites Gutachten stimmen für Unterbrechung, da All gemeinzustand sehr schlecht, Patientin hochgradig geschwächt, Sklere und Haut ikterisch verfärbt, Puls kaum zu fühlen ist. Auf eine Tuto fusin-Infusion erholt sich Patientin etwas. Trotz Zustimmung beide Gutachter genehmigt die Gutachterstelle den Antrag vorläufig nicht am 9. August kam es zu einem Spontanabort, der weitere Verlauf wa ohne Komplikationen."

Nicht nur der Embryo kann als Schwangerschaftsprodukt eine Schwangerschaftstoxikose hervorrufen, sondern auch nach seinem Ab sterben die in folgendem Fall entstandene Blasenmole, bei der eine Toxi kose häufiger ist, weil die Oberfläche des auch an der inneren Sekretion beteiligten Chorions bedeutend vergrößert ist. Vielleicht ist in folgendem Fall erst die Blasenmole der Grund des Erbrechens, das hier nicht von Anfang an bestand, sondern erst im zweiten Schwangerschaftsmonat auftrat.

Fall 13:

„26jährige, II. Gravide im dritten Monat, ein normaler Partus. Letzte Periode: 25. August, vom 26. Oktober bis 25. November in stationärer Behandlung wegen Erbrechen, in dieser Zeit 12 kg Ge wichtsabnahme, Patientin wiegt jetzt 36 kg, Puls 110. — Beide Gut achter sind für Unterbrechung, da Allgemein- und Ernährungszustand stark reduziert ist. Urin: Aceton und Acetessigsäure +. Bei der Unter brechung stellt man fest, daß keine Fruchtbildung vorliegt, sondern Blasenmole."

Eine Vergrößerung des Chorions findet sich auch beim nächsten Fall, wo man bei der Unterbrechung eine Zwillingsschwangerschaft feststellte.

Fall 14:

„36jährige, VI. Gravide im dritten Monat. Zahl der Gebur ten: drei, Zahl der Fehlgeburten: zwei. Seit Beginn der Schwanger schaft dauerndes Erbrechen; 15 kg Gewichtsabnahme. Trotz klinischer Behandlung keine Besserung. Urin: Aceton +, E +, Puls 140, klein,

weich, Atemnot, sehr bedenklicher Allgemeinzustand. Nach Genehmigung des Antrages Unterbrechung der Schwangerschaft, wobei Zwillinge, beide männlich, 16 Zentimeter lang, abgehen.

Bei folgendem Fall ist es schwer zu sagen, ob eine Hyperemesis mit anschließender Leberschädigung (die Diagnose des Antrages lautet: Hyperemesis), eine toxische Schädigung des Leberparenchyms mit einem Icterus gravis gravidarum mit Erbrechen oder eine Störung oder Erkrankung der Gallenwege vorliegt. Gegen Hyperemesis spricht, daß in der Anamnese keine Angaben über Erbrechen in den ersten Schwangerschaftsmonaten gemacht sind und hier das Erbrechen erst im siebten Monat einsetzt, während sonst ein übermäßiges Erbrechen Mitte bis Ende des vierten Monats aufhört, dann auch, daß die Frau in den früheren Schwangerschaften niemals unter Erbrechen zu leiden hatte.

Fall 15:

„32jährige, V. Gravide im siebten Monat. Zahl der Geburten: vier. Letzte Periode: 25. Dezember. Wegen Icterus am 20. Juli in stationäre Behandlung, vom 20. Juli bis 28. Juli unstillbares Erbrechen bei Bestehen des Icterus, der allmählich zurückgeht, während Erbrechen weiterhin bestehen bleibt, dazu starke Leibschmerzen. Ergebnis der Gutachten bzw. der klinischen Beobachtung und Behandlung: Patientin verspürte vor einem Monat plötzlich krampfartige Schmerzen in Oberbauchmitte und gegen rechten Rippenbogen hin, keine Ausstrahlungen, Erbrechen, Fieber, fünf Tage später Auftreten des Icterus, seither Schüttelfrost, hohes Fieber, Fortdauer des Icterus und Erbrechens. Befund am 28. Juli: hochgradiger Icterus, Temperatur 38,2; am 3. August fieberfrei, Puls kräftig, anfangs 120, jetzt 100 (Digitalistherapie), Druckschmerz an Leberpforte, keine Lebervergrößerung, Urin tiefbraun, 300 bis 800 ccm täglich, E +, Z Ø, Gmelin +, Aceton +, Acetessigsäure + am 28. und 29. Juli. Diagnose: wahrscheinlich mechanischer Gallengangsverschluß, keine Hyperemesis. Am 8. August bei Bestehen des Icterus auffallende Verschlechterung, Kreislaufschwäche, höchste Lebensgefahr der Mutter; das Kind lebt noch, es ist jedoch mit baldigem Absterben zu rechnen. Eine Unterbrechung bedeutet die einzige Möglichkeit, das Leben der Mutter zu erhalten. Unterbrechung der Schwangerschaft wurde am selben Tage ausgeführt."

Als nächstes eine Hyperemesis mit toxischer Komplikation und rapider Verschlechterung, wo die Unterbrechung auf Grund vitaler Indikation fernmündlich genehmigt wurde.

Fall 16:

„30jährige, VI. Gravide im zweiten/dritten Monat. Zahl der Geburten: drei, Zahl der Fehlgeburten: eine, Zahl der künstlichen Fehlgeburten: eine (ebenfalls wegen Hyperemesis). Letzte Periode: 30. Januar, Beginn des Erbrechens: Mitte März, 28. März Krankenhausauf-

nahme. Trotz Anwendung von Peremesin, Gravomit, Ovoglandol, Cortin, Atropin, Luminal und rectaler künstlicher Ernährung und täglichen intravenösen Traubenzuckerinfusionen am 3. April beginnende Somnolenz, Blasenlähmung. 6. April Zunahme der Somnolenz, vollkommene Blasenlähmung, Erbrechen von Dünndarminhalt, Auftreten von Gallenfarbstoff im Urin, Unterbrechung am 6. April aus vitaler Indikation. Weiterer Verlauf ohne Komplikationen." —

Nun müssen noch die (Seite 8) erwähnten Fälle von Hyperemesis, bei denen neben der Unterbrechung auch die Unfruchtbarmachung beantragt wurde, näher betrachtet werden.

Bei einer reinen Emesis wurde nur ein Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung gestellt, der abgelehnt wurde.

Fall 17:

„Es handelt sich um eine 40jährige, IX. Gravide im dritten Monat, bei der der antragstellende Arzt eine starke Retroflexion des Uterus feststellte, wobei noch ein leichtes Erbrechen bestand; der Antrag wurde gestellt wegen Gefahr der Einklemmung des Uterus infolge Retroflexion und Verwachsungen. —

Es liegt hier ein normales Schwangerschaftserbrechen vor, das zur Unterbrechung keinen Anlaß bietet. Bei der Begutachtung wurde dann festgestellt, daß die Diagnose „Retroflexio uteri" falsch war, der Uterus war anteflektiert und frei beweglich, so daß der Antrag mit Recht abgelehnt wurde."

Von den zwei Fällen, bei denen die Unterbrechung genehmigt, die Unfruchtbarmachung abgelehnt wurde, ist der eine schon als Fall 7 (Seite 14) aufgeführt, der andere:

Fall 18:

zeigt eine 24jährige, II. Gravide im zweiten Monat, bei der drei Jahre vorher schon einmal eine Schwangerschaft wegen unstillbaren Erbrechens unterbrochen wurde. Jetzt zeigte die Patientin nicht den geringsten Willen, die Schwangerschaft auszutragen und trug auch selbst nicht dazu bei, daß eine Besserung in ihrem Befinden eintrat. In diesem Verhalten wurde sie durch ihre Angehörigen unterstützt, die deswegen mehrmals vorsprachen. Für das Verhalten der Patientin war bezeichnend, daß sie sich an dem Tage, als ihr die Unterbrechung in Aussicht gestellt wurde, auffallenderweise besser fühlte und auch nur zwei- bis dreimal erbrach, während sie sonst sechs- bis achtmal täglich Erbrechen hatte.

Dazu kommt, daß beide Conceptionen im außerehelichen Verkehr zu Stande kamen. Um nun diesem ungehindert nachgehen zu können, wünschte scheinbar die Patientin Sterilisierung, wofür auch ihre Angehörigen sich aussprachen.

Die nachstehenden elf Fälle sind solche, bei denen neben dem Erbrechen noch eine andere Komplikation bestand.

Bei vier Anträgen, bei denen Unterbrechung und Unfruchtbarmachung genehmigt wurde, handelt es sich:

1. Fall 19: um eine Hyperemesis und anormales Becken.

30jährige ledige, I. Gravide im ersten Monat. Patientin ist klein, schlecht genährt, hat eine Kyphoskoliose der Wirbelsäule, hochgradige Schwäche, Atemnot. Die Beckenmaße betragen Distantia spinarum: 23 cm, D. cristarum 26 cm, D. trochanterica 28 cm, Conjugata ext. 14,5 cm. — Antragstellender Arzt setzte noch hinzu, daß Minderwertigkeit des Kindes zu erwarten wäre, was aber auf eine Entscheidung aus medizinischer Anzeigestellung keinen Einfluß hat."

2. Fall 20: um eine Hyperemesis mit rachitisch verengtem Becken.

„33jährige, III. Gravide im dritten Monat. Patientin ist von kleinem zwergähnlichem Wuchs, Größe 143 cm, und hatte früher angeblich Rachitis (mit drei Jahren Laufen gelernt). Vor zwei Jahren Sectio wegen rachitisch verengtem Becken, vor elf Monaten Schwangerschaftsunterbrechung im dritten Monat ebenfalls wegen zu engen Beckens (Vermeidung des Kaiserschnittes) und Hyperemesis. Jetzt besteht wieder starkes Erbrechen. Die Beckenmaße sind: D. spin. 25 cm, D. crist. 27 cm, D. troch. 33 cm, Conj. ext. 17,5 cm, Conj. diag. 9,5 cm."

3. Fall 21: Schwangerschaftserbrechen mit großer Körperschwäche und einer Schwangerschaftstoxikation bei der letzten Schwangerschaft.

„30jährige, VIII. Gravide im dritten Monat. Zahl der Geburten: vier, Zahl der Fehlgeburten: drei. Vor letzter Gravidität bestand eine von der Appendix ausgehende Adnexitis, Patientin wurde operiert. Während der darauffolgenden Schwangerschaft trat bereits Fieber auf und nach der Entbindung kam es zu heftigen Entzündungen, Fieber und allgemeiner Intoxikation mit völliger Erblindung. Patientin ist sehr schwächlich, zittert, leidet unter Schwindel und Erbrechen."

Inwieweit es sich hier um eine Schwangerschaftstoxikose handelt, geht aus dem Antrag nicht hervor, da keine näheren Angaben vorhanden sind.

4. Fall 22: um eine Hyperemesis und Auftreten epileptischer Anfälle.

„36jährige, IV. Gravide im zweiten Monat. Zahl der Geburten: eine, Zahl der Fehlgeburten: zwei. Bei der ersten Schwangerschaft traten epileptische Anfälle auf, die sich bei den späteren Schwangerschaften vermehrten, wobei jetzt starkes Erbrechen dazutrat, welches

nicht zu stillen war; keine Nahrungsaufnahme möglich, bedrohliche Gewichtsabnahme von 5 bis 8 kg. Da voraussichtlich bis zum Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes einige Zeit vergehen würde, wurde wegen der durch starkes Erbrechen drohenden Inanition Antrag aus gesundheitlicher Indikation gestellt."

Die Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes wurde aber beschleunigt, so daß eine zweite Begutachtung für den Antrag aus gesundheitlichen Gründen überflüssig wurde und beide Eingriffe auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gemeinsam ausgeführt wurde. (Siehe dazu: „Richtlinien" Seite 24, Absatz 5: Vorliegen gesundheitlicher und eugenischer Gründe.)

Nun kommen wir zu den Anträgen, bei denen die Unterbrechung genehmigt, die Unfruchtbarmachung abgelehnt wurde; es handelt sich hierbei:

1. Fall 23: um eine Hyperemesis und eine Störung des endokrinen Systems.

„33jährige, VI. Gravide im zweiten Monat. Zahl der Geburten: vier (drei Lebend-, eine Totgeburt), Zahl der Fehlgeburten: zwei. 1926 Fehlgeburt im dritten Monat, 1927 Totgeburt (Zange), 1928 normale Geburt, 1930 Fehlgeburt im zweiten Monat, 1931 und 1934 normale Geburt. Im Juni und Oktober 1935 traten auf Tetanie verdächtige Anfälle auf; mit jeder Geburt war ein körperlicher Rückgang zu bemerken. Seit Bestehen der Schwangerschaft (Mitte Oktober 1935) starkes Erbrechen, Nahrungsaufnahme unmöglich. Dürftiger Ernährungszustand, Haut blaß, Muskulatur schlaff, bei einer Größe von 180 Zentimeter nur 41 kg, Blutdruck 90/60. Blutbild: Erythrocyten 4,2 Millionen, Hb. 84 %, Leukocyten 12 600. — Die hochgradige Magerkeit ließ an eine Störung des endokrinen Systems (Hypophyse) denken (laut Obergutachten) Die Hyperemesistherapie blieb ohne Erfolg, daher Unterbrechung genehmigt."

Bei einer späteren Schwangerschaft, bei der eine Tetanie den Zustand verschlimmern würde, wäre die Unfruchtbarmachung indiziert, die jetzt abgelehnt wurde, da inzwischen keine Anfälle mehr auftraten (und kein entsprechender Befund zu erheben war.)

2. Fall 24: um Hyperemesis, Gebärschwäche und Asthma bronchiale.

„34jährige, VI. Gravide im ersten Monat. Zahl der Geburten: vier, Zahl der Fehlgeburten: eine. Letzte Schwangerschaft wurde wegen Wehenschwäche einen Monat übertragen. Jetzt starke Gewichtsabnahme, infolge Erbrechen behielt Patientin keine Nahrung bei sich. Daneben bestand Asthma bronchiale. — Patientin blutete mehrmals und es wurde wegen Verdacht auf Abortus imminens eine Uterusausschabung gemacht. Inhalt war kirschgroßes Stück Plazenta. Nach diesem Eingriff zog man eine Unfruchtbarmachung nicht mehr in Betracht."

An und für sich wäre die bestehende Gebärschwäche und das Asthma bronchiale, das sich während der Schwangerschaft nicht verschlimmerte, kein Grund zu einer gleichzeitigen Unfruchtbarmachung gewesen.

3. Fall 25: um eine Hyperemesis und Tabo-Paralyse bei einer

„41jährigen, V. Gravide im dritten Monat; Zahl der Geburten: drei, Zahl der Fehlgeburten: eine. Eine Salvarsankur war wegen der mit erheblicher Gewichtsabnahme und Acidose verbundenen Hyperemesis nicht möglich." —

Einen Grund zur Unfruchtbarmachung bietet die Tabo-Paralyse nicht, durch eine geeignete spezifische Therapie nach Wiederherstellung der Patientin besteht Aussicht auf eine Heilung, so daß hier nur die Unterbrechung in Frage kam.

Die vier Anträge, bei denen die Unterbrechung und Unfruchtbarmachung abgelehnt wurde, verteilen sich auf:

1. Fall 26: Hyperemesis laut Angabe (erbkrank und Verdacht auf Diabetes mellitus) — wobei das unstillbare Erbrechen der 35jährigen, vierten Graviden (im dritten Monat) durch Krankenhausaufenthalt gestillt werden konnte; für eine Erbkrankheit — genuine Epilepsie wurde angenommen — und auch für sonstige Geisteskrankheiten fand sich bei der fachärztlichen Untersuchung kein Anhalt, wenn auch ein Gutachter sich für eine Sterilisierung unter Berücksichtigung des Grundsatzes „in dubio pro populo" aussprach, da das Erbgut belastet wäre, also aus eugenischen Gründen. Es waren zwei Geschwister der Patientin in Kindesalter, sowie ein eigenes Kind an Krämpfen gestorben, außerdem litt Patientin ebenfalls bis zum siebten Lebensjahr an Krämpfen, die seit dieser Zeit bei der jetzt 35jährigen nicht mehr aufgetreten sind."

Über die Frage der Sterilisierung hätte in diesem Fall das Erbgesundheitsgericht zu entscheiden, aus gesundheitlichen Gründen ist kein Anlaß dazu gegeben. Bei dem Diabetes handelt es sich um einen renalen Diabetes, die Blutzuckerwerte sind normal.

2. Fall 27: Hyperemesis und Thyreotoxikose.

„39jährige, X. Gravide im dritten Monat. Zahl der Geburten: vier, Zahl der Fehlgeburten: vier, Zahl der künstlichen Fehlgeburten: eine wegen Struma mit hyperthyreotischen Erscheinungen und Herzmuskelschädigung. — Das Erbrechen war nicht mehr so häufig und quälend wie anfangs, dann zeigte Patientin nur geringe Erscheinungen des Hyperthyreoidicmus. Die bestehende cystische Struma verursachte keine besonderen Beschwerden (kein Basedow), Herztätigkeit war relativ ruhig. Das EKg ergab im Gegensatz zu 1935 keinen für eine Herzmuskelschädigung sprechenden Befund, Grundumsatz war

wenig (20 %) erhöht, Patientin nahm während des Krankenhausaufenthaltes 2,5 kg in einer Woche zu."

Zu einer Unterbrechung und Unfruchtbarmachung bestand kein Anlaß.

3. Fall 28: Hyperemesis und Thyreotoxikose.

„33jährige, VI. Gravide im zweiten Monat. Zahl der Geburten: fünf. Seit der vierten Schwangerschaft, bei der eine Thyreotoxikose bestand, hatte Patientin bei den weiteren Schwangerschaften viel Erbrechen, Aufregungszustände, war nervös übererregbar. Da der jetzige Befund — Puls 98, Blutdruck 125 mm Hg, Geräusche über der Mitralis, Urin o. B., Größe 162 Zentimeter, Gewicht 58,5 kg — nicht erheblich von der Norm abwich, wurde der Antrag vorläufig abgelehnt, der Patientin klinische Beobachtung und Behandlung empfohlen, um einen endgültigen Entscheid zu treffen. Darüber ist im Antrag kein Vermerk mehr enthalten, so daß deswegen anzunehmen ist, daß sich der Zustand gebessert hat."

4. Fall 29: Hyperemesis und manisch depressives Irresein.

„25jährige verheiratete, II. Gravide im dritten Monat. Patientin litt schon früher an Drepressionen, hysterischen Anfällen, nervösen Lähmungen; bei letzter Schwangerschaft bestand ebenfalls Erbrechen, danach psychische Gleichgewichtsstörungen mit Suicidabsichten. In Bezug auf die Hyperemesis bot der gute Allgemeinzustand und das Fehlen toxischer Symptome — Puls 180, keine Temperatur, kein Icterus, Urin o. B. — keinen Grund zur Unterbrechung, das manisch depressive Irresein wurde verneint, Patientin war Psychopathin.

Wenn reaktive (= aus psychischer Ursache entstandene) Depressionen auf psychopathischem Boden entstanden vorlägen, käme evtl. ein Anstaltsaufenthalt in Betracht, aber nicht eine Unfruchtbarmachung aus medizinischen Gründen. — Erwähnenswert ist, daß der Zustand sich besserte und Patientin die Schwangerschaft normal austrug, was der ablehnenden Entscheidung recht gibt.

Zum Schluß des Kapitels der Hyperemesis möchte ich die Worte eines alten Landpraktikers bei der Begutachtung eines normalen Schwangerschaftserbrechen einer 40jährigen VI. Graviden dem zweiten Gutachter im selben Antrag gegenüberstellen.

Fall 30:

„Nach meiner Erfahrung dürfte es kaum einen Fall geben, bei dem wegen Schwangerschaftserbrechen Unterbrechung der Schwangerschaft nötig würde. Ich habe in 29 Jahren bisher keinen Fall erlebt. Durch geeignete psychische Behandlung müßte es gelingen, zumal die Patientin bald im fünften Monat ist, das Erbrechen zum Stillstand zu bringen. Ich schlage klinische Beobachtung vor."

Dagegen gab der andere Gutachter an: Vor sechs Wochen Peremesin und Verhaltungsmaßregeln ohne Erfolg. Ausnahmsweise (!) Befürwortung, weil Patientin nach Zeugenaussagen auch bei früheren Erbrechen ganz heruntergekommen ist. — Bei der Oberbegutachtung konnte kein pathologischer Befund erhoben werden. — Mittlerer Kräfte- und nicht reduzierter Ernährungszustand, Urin o. B. —, so daß Antrag mit Recht abgelehnt wurde.

2. Schwangerschaftsnephrosen:

a) Nephropathia gravidarum

Unter den Schwangerschaftstoxikosen dieser Arbeit steht in Bezug auf die Häufigkeit an zweiter Stelle die Nephropathia gravidarum, von der 23 Anträge vorliegen.

Die Schwangerschaftsnephropathia oder Schwangerschaftsnephrose zeichnet sich dadurch aus, daß neben den schwangerschaftsphysiologischen Oedemen, deren Auftreten sich in das Pathologische steigern kann, eine reichliche Ausscheidung von Eiweiß und hyalinen und granulierten Zylindern vorhanden ist, wobei sich in den meisten Fällen noch eine Erhöhung des Blutdruckes findet, die neben der Herabsetzung der neuro-muskulären galvanischen Erregbarkeit (Kathodenschließungszuckung) und den Veränderungen am Auge in Form einer Retinitis albuminurica oder einer Ablatio retinae als sehr bedrohliches Zeichen gewertet werden muß.

Die Einteilung der Anträge ist etwas schwierig, bzw. willkürlich, da einige Fälle von Nephropathie einen nephritischen Einschlag zum Teil auch andere Komplikationen wie Hyperemesis, Anaemie usw. zeigen. In der Anamnese taucht in neun Fällen eine Eklampsie auf, an die sich eine Nierenschädigung anschloß; in neun Fällen sind der bestehenden Schwangerschaft schon Unterbrechungen vorausgegangen (siehe folgende Aufstellung), was besonders bei den Anträgen auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung auffällt. Im ganzen gesehen sind mit Ausnahme von zwei Fällen diesen Nephrosen nicht in der jetzigen Schwangerschaft entstanden, sondern es traten schon vor längerer Zeit Symptome von Seiten der Niere auf, sei es während vorangegangener Schwangerschaften oder im Anschluß an dieselben.

Die Zahl der Schwangerschaften scheint also auch hier eine gewisse Rolle zu spielen insofern, daß es sich in den meisten Fällen um Mehrgravide handelt:

2 I. Gravide	4 V. Gravide
5 II. Gravide	1 VII. Gravide
4 III. Gravide	1 XII. Gravide
4 IV. Gravide	

Allerdings kann man aus dieser geringen Anzahl von Fällen noch keinen Schluß ziehen.

Diese 23 Anträge unterteilen sich in folgende:

	Anträge auf:	Eklampsie vorgelegen:	Schon einmal unterbrochen:	In der jetzigen Schwangerschaft entstandene Nephrose:
	Unterbrechung:			
	genehmigt . . . . . 12 °	3x	4x	1x
14	abgelehnt 1			
	zurückgezogen . . . . . 1 °°			
	Unterbrechung und Unfruchtbarmachung:			
	J und St genehmigt 5	2x++	4x	1x
7	nur J genehmigt 1	1x	–	–
	J und St abgelehnt 1	1x	1x	–
	Unfruchtbarmachung:			
2	genehmigt 2	2x	2x	–

Ergänzung: J = Jnterruptio (Unterbrechung)
St = Sterilisation (Unfruchtbarmachung)
\+ = Andere Fälle als unter „Eklampsie vorgelegen"
++ = Gleichzeitig auch „schon einmal unterbrochen"
° = Einmal lag keine Gravidität vor
°° = Spontan Abort

Nun kommen wir zu der Betrachtung einzelner erwähnenswerter Anträge. Eine reine Nephropathie ist bei dem vorliegenden Material nicht vorhanden. Ihr am nächsten kommt folgender Antrag, der auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung gestellt ist. Interessant ist dabei das rapide Steigen des Eiweißgehaltes des Urins.

Fall 31:

„25jährige, II. Gravide im zweiten Monat. Patientin leidet schon seit acht Jahren an einer Nierenerkrankung (Nephrose), die sich an die erste Schwangerschaft, obwohl sie unterbrochen wurde, anschloß. Bei ihr traten Oedeme der unteren Extremitäten auf, Urin enthält hyaline und granulierte Zylinder. Eiweißprobe ist positiv 2,75 ‰ nach Esbach, Blutdruck beträgt systolisch 155 mm Hg. (18. 2.)

Im ersten Gutachten wird der Befund dahingehend ergänzt, daß die Oedeme stärker geworden sind, der Rest-N 40 mg % ausmacht, Blutdruck 160/120 mm Hg beträgt, der Eiweißgehalt bereits auf 8 ‰ gestiegen ist (27. 2.). Im zweiten Gutachten ergibt die Nierenfunktionsprüfung ein schlechtes Konzentrationsvermögen (spez. Gewicht 1017), die Eiweißausscheidung ist weiterhin auf 21 ‰ gestiegen (1. 3.)."

Wenn auch keines der bedrohlichen Symptome, wie beträchtliche Steigerung des Blutdruckes, Veränderungen am Auge und Änderungen der galvanischen Erregbarkeit, über die übrigens in keinem der vorliegenden Anträge bzw. Gutachten Untersuchungen angestellt wurden, vorlag, wird doch der Antrag genehmigt, wohl mit Rücksicht auf die Anamnese, auf die immer stärker werdende Eiweißausscheidung und um eine Dauerschädigung der Niere zu verhüten.

Im folgenden Falle, bei dem die Diagnose „Gefahr einer rezidivierenden Schwangerschaftsniere" gestellt wurde, liegen Zeichen einer Nierenschädigung nicht vor, wie aus dem Urteil der Gutachter — erstes Gutachten lehnt Unterbrechung ab, zweites Gutachten ist für klinische Beobachtung — ersichtlich ist; nur auf Grund der zeitlich sehr kurz zurückliegenden schweren Nephropathie wird zur Verhütung eines Recidivs Unterbrechung im Obergutachten genehmigt.

Fall 32:

„27jährige, II. Gravide im dritten Monat. Vor acht Monaten Entbindung nach Schwangerschaftsnephropathie, Allgemeinzustand jetzt schlecht. — Die beiden Gutachten ergeben keinen Anhaltspunkt für eine fortbestehende oder jetzt auftretende Nierenschädigung; keine Oedeme, Urin Morgenportion Eiweiß Ø, Sediment o. B., Abendportion leichte Trübung, Sediment vereinzelt Zylinder (fraglich); Blutdruck 120/70 mm Hg. Das Obergutachten stellt außer einer Gewichtsabnahme von 1,6 kg in drei Tagen während des Krankenhausaufenthaltes nichts Pathologisches fest. Größe 166 Zentimeter, Gewicht 53,8 kg, innere Organe, Herz und Kreislauf o. B. Nierenprüfung: beim Wasserstoß Überschießen. Beim Konzentrationsversuch gute Konzentrationsfähigkeit. Urinkultur steril. Eiweißprobe: deutliche Trübung, Sediment: vereinzelt Leukocyten und Epithelien. Unter Berücksichtigung der schweren Nephropathie vor acht Monaten (bis 30 ‰ Eiweiß und 160/100 mm Hg Blutdruck) ist für dieses Mal noch Unterbrechung nötig, damit der Körper genügend Zeit hat sich zu erholen, da sonst Gefahr besteht, daß erneut schwerste Nierenerscheinungen auftreten."

Demgegenüber lassen sich zwei Fälle stellen, bei denen toxische Zeichen vorliegen. Im ersten Fall sind zwei Anträge von zwei aufeinanderfolgenden Schwangerschaften einer Patientin vorhanden, bei der im Anschluß an eine Eklampsie eine Nierenschädigung auftrat.

Fall 33:

„22jährige, IV. Gravide im vierten Monat. Zahl der Geburten: drei. Vor dreieinhalb Jahren Sectio wegen Eklampsie. Seit Beginn der jetzigen Schwangerschaft Kopfschmerzen, Oedeme im Gesicht, an Armen und Beinen, Eiweiß +, nach Esbach 1‰, Blutdruck 140/90 mm Hg. Am Herzen systolische Geräusche hörbar."

Nach der Unterbrechung wurde Patientin nach vier Monaten wieder schwanger.

„Jetzt dritter Schwangerschaftsmonat. Wieder starke Beteiligung der Niere, Oedeme unter den Augen und an den Beinen. Eiweiß +, nach Esbach 2 ‰, Sediment enthält zahlreiche Leukocyten, hyaline und granulierte Zylinder, Blutdruck 165/100 mm Hg. Die Unterbrechung und gleichzeitige Unfruchtbarmachung wird genehmigt."

Es handelt sich hier um eine recidivierende Nephropathie, die nach jeder Geburt wohl ausgeheilt ist, sich aber bei dem Wiedereintritt beider obiger Schwangerschaften jedesmal wieder einstellt und Neigung zum Schwererwerden zeigt (Blutdruck zuerst im vierten Monat 140/90, Eiweiß 1 ‰, jetzt im dritten Monat 165/100, Eiweiß 2 ‰), so daß hier eine Indikation zur Unfruchtbarmachung besteht, um eine Dauerschädigung der Niere zu vermeiden.

Im zweiten Fall tritt nach einer Schwangerschaftsunterbrechung wegen Hyperemesis bei erneuter Gravidität eine Nephropathie in Verbindung mit einer Hyperemesis auf.

Fall 34:

„36jährige, IV. Gravide im dritten Monat. Zahl der Geburten: zwei. Wegen unstillbaren Erbrechens wurde schon eine Unterbrechung ausgeführt. Seit Beginn dieser Schwangerschaft dauerndes Erbrechen. Gewichtsabnahme, schlechter Allgemeinzustand. Größe 155 Zentimeter, Gewicht 50 kg. Blutdruck 250/160 mm Hg, harter zweiter Aortenton, Herzspitzenstoß außerhalb der Medioclavicularlinie hebend, Puls 110, Hämoglobin 70 %, Erythrocyten 3,7 Millionen, Leukocyten 5 300. Keine Oedeme, Eiweiß +, nach Esbach 2,6 ‰, Sediment: vereinzelt Leukocyten, hyaline und granulierte Zylinder. Nierenfunktionsprüfung ergibt Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit bis 1020, Verdünnung bis 1002. Rest-N im Serum 28 mg %."

Besonders bedrohlich ist in diesem Fall der hohe Blutdruck, der zu einer Apoplexie oder zum Ausbruch eklamptischer Krämpfe führen kann, so daß die Unterbrechung angezeigt war.

In einigen Fällen liegt bei den Anträgen der Nephropathie eine chronische Nierenerkrankung vor, die man aber unter den Toxikosen anführen kann, da meist neben den bedrohlichen Zeichen einer toxischen Schädigung noch andere Schwangerschaftstoxikosen wie z. B. Hyperemesis (im folgenden Fall) dazutreten.

Fall 35:

„28jährige, IV. Gravide im zweiten Monat. Mit vierzehn Jahren Nephritis, seither nierenleidend. Ein Kind mit acht Wochen gestorben, vor eineinhalb und vor einem Jahr Schwangerschaftsunterbrechungen.

Jetzt neben Hyperemesis rechtsseitige Pyelonephrose, linksseitige Pyelonephritis. Patientin klagt über starke Kopfschmerzen und starkes Erbrechen. Mäßige Oedeme an beiden Unterschenkeln, Herz nach rechts verbreitert, Blutdruck 165/100 mm Hg. Blutbild: Hämoglobin 68 %, Erythrocyten 3,7 Millionen, Leukocyten 10 400, Rest-N im Serum 84,28 mg %. Nierenfunktion: Blauausscheidung (nach i. v. Injektion) links nach vier Minuten, rechts auch nicht nach zwölf Minuten. Katheter-Urin Eiweiß +, Sediment: viele Leukocyten, Plattenepithelien, Erythrocyten, mäßige granulierte Zylinder. Diagnose des Obergutachtens: Pyelonephrose mit Kreislaufdekompensation, Hypertonie, secundäre Anaemie, Rest-N-Erhöhung."

In der Reihe der Nephropathien endet ein Fall trotz Unterbrechung letal.

Fall 36:

„32jährige, VII. Gravide im zweiten Monat. Zahl der Geburten: sechs, dabei eine Totgeburt. Vor einem Jahr wegen Eklampsie Sectio, nach einem Monat geheilt entlassen. Patientin wurde jetzt eingeliefert wegen Bauchbruch (Mm. recti sind auseinandergewichen), Verschiebung des Uterus nach rechts und Adhäsionen, weswegen Antrag auf Unterbrechung und gleichzeitige Unfruchtbarmachung gestellt wurde. Erst bei der Begutachtung wurde daneben eine starke Albuminurie festgestellt — weitere Angaben fehlen — und eine Nephropathie diagnostiziert. — Die Unterbrechung wurde befürwortet und eine Woche nach der Begutachtung ausgeführt; zwei Tage danach traten plötzlich Zeichen einer Herzschwäche und am Tage darauf urämische Erscheinungen auf, Patientin starb noch am selben Tage. Todesursache: plötzliche Urämie."

Nun zu den beiden Anträgen, bei denen die Sterilisation genehmigt wurde.

Fall 37:

„41jährige Frau mit folgender Anamnese: erste Geburt 1926, Kind lebt; zweite Geburt 1927, Kind lebt. Nach zweiter Geburt (im Urin Eiweiß stark +) blieb eine Albuminurie bestehen, bei dritter, vierter und fünfter Geburt Kopfschmerzen und Herzstörungen. Dritte Geburt 1928, Kind lebt; vierte Geburt 1930, Kind lebt; fünfte Geburt 1932, Kind lebt; sechste Gravidität 1933 wegen chronischer Nephritis unterbrochen; siebte Geburt 1934 Schwangerschaftshydrops, starke Schwellung der Beine, drohende Eklampsie, Steißgeburt, Kind nach vier Monaten gestorben; achte Geburt wieder Hydrops (1936), eklamptische Anfälle, sofortige vaginale Schnittentbindung. Der Befund ergibt blasse Frau, Herz ein bis zwei Querfinger nach links verbreitert. Hämoglobin 50 %, Blutdruck 170/100 mm Hg. Urin: Eiweiß +, Sediment: Erythrocyten, Zylinder und Epithelien, Nierenfunktion: verlang-

samte Ausscheidung, verringerte Konzentrationsbreite, empfängnisverhütende Mittel versagten."

In der Anamnese ist nichts davon angegeben, daß Patientin eine akute Nephritis durchmachte, an die sich die seit zehn Jahren bestehende chronische Nephritis anschloß, so daß eher anzunehmen ist, daß eine bei der zweiten Gravidität auftretende Nephropathie, die nach der Geburt nicht verschwand, zu einer chronischen Nierenerkrankung führte, auf die die weiteren Schwangerschaften einen ungünstigen Einfluß ausübten; so wäre auch die dauernde Verschlechterung zu erklären, die soweit geht, daß am Ende der achten Schwangerschaft eklamptische Anfälle auftraten. Bei dieser chronischen Nierenerkrankung mit Hypertonie, Kreislaufbeteiligung und Oedemen während der letzten Schwangerschaften ist die Sterilisation vollauf gerechtfertigt (siehe Stadlers „Richtlinien" Seite 107, Abschnitt 5 ff) wie auch im nächsten

Fall 38:

„31jährige Frau, die seit über zehn Jahren eine chronische Nephritis hat, an Geburten: eine Frühgeburt wegen Eklampsie, fünf Fehlgeburten, wobei zweimal die Frucht abgestorben war. Jetziger Urinbefund: Eiweiß +, Esbach zwischen 2 und 12 ‰, Erythrocyten, hyaline und granulierte Zylinder, also Nephrose mit Neigung zu habituellen Aborten." —

Bei der Gruppe der Nephropathien kam es zu einem Spontanabort im fünften Monat bei der Begutachtung eines Falles, wo die Patientin (25jährige, I. Gravide) schon längere Zeit an Herzmuskelschwäche litt, untere Gliedmaßen und äußere Genitalien elephantiasisartig geschwollen waren, Urin: Eiweiß stark + (Diagnose: schwere Schwangerschaftsnephrose); in einem anderen, bei dem bei einer 27jährigen angeblich dritten Graviden im zweiten Monat der Antrag wegen Gefahr einer Nephropathie, bzw. wegen des Wiederauftretens einer Stauung oder Vereiterung der einzigen Niere — die andere wurde wegen vollständiger Vereiterung im Jahre vorher entfernt — gestellt war, ergab die Abrasio, daß keine Schwangerschaft vorlag.

Bei dem einen Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung, der abgelehnt wurde, handelt es sich um eine Nephropathie mit einer Eiweißausscheidung von 4 ‰, Diät erfolglos. Blutdruck 120/70 mm Hg, guter Ernährungszustand, Puls 105, bei früherer Schwangerschaft Eklampsie; jetzt bei der 37jährigen IV. Graviden im vierten Monat Kopfschmerzen und Erbrechen. — Über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft war in Erfahrung zu bringen, daß dauernd Blutungen wegen randständiger Plazenta auftraten, Patientin aber Schwangerschaft austrug und Zwillinge gebar. —

Zusammenfassend ist zu sagen, daß großenteils die Angaben in den Anträgen genügen, um eine Indikation zur Ausführung der Unter-

brechung oder Unfruchtbarmachung zu haben, in manchen Fällen allerdings fehlen die Urinbefunde (Sediment), Blutdruckwerte; es dürfte auch angebracht sein, die Werte der neuro-muskulären galvanischen Erregbarkeit festzustellen oder bei chronischen Nierenerkrankungen die Nierenfunktion durch Anstellung der Volhardschen Nierenfunktionsprüfung zu überwachen. —

Hydrops gravidarum

Anschließend will ich den hierher gehörenden Fall von „Hydrops gravidarum" erwähnen, dessen Diagnose allerdings nicht klar ist.

Fall 39:

„Es handelt sich hier bei der 34jährigen III. Graviden (dritter Monat) um eine monströse Anschwellung beider Beine, die sich während der jetzigen Gravidität entwickelt hat und noch weiter zunimmt, so daß Patientin kaum gehen kann. Vor vier Monaten war Patientin wegen geplatztem Varix und akuter Thrombose in Behandlung, die trotz mehrwöchiger Bettruhe, feuchten Verbänden, Bandagierung Verschlechterung zeigte."

Es ist unklar, inwieweit hier nun eine toxische Komponente mitspielt, ein Gutachter stellte als Befund eine Elephantasis beider Beine infolge Thrombolymphangitis fest. Beide Gutachter waren für Genehmigung der Unterbrechung.

Im Anschluß an die Nephropathien komme ich zu den Gruppen: Gefahr der Eklampsie, Praeeklampsie und Eklampsie, die mit den Schwangerschaftsnephrosen in gewissem Zusammenhang stehen; die beiden letzteren können mit den Symptomen der Nephropathie einhergehen.

b) Gefahr der Eklampsie

Unter der Gruppe „Gefahr der Eklampsie" sind alle diejenigen Anträge zusammenzufassen, bei denen schon einmal eine Eklampsie oder eine schwere Nephropathie vorlag. Die Zusammenfassung in dieser Gruppe ist unter dem Gesichtspunkt geschehen, daß in den betreffenden Anträgen die Diagnose „Gefahr der Eklampsie" lautete; sie ist also willkürlich, einige Fälle ähneln denen der Gruppe der Nephropathien, die meisten aber sind identisch mit der Gruppe der Praeeklampsie, d. h. es treten dieselben Symptome wie bei einer schon einmal durchgemachten Eklampsie auf.

Es ist hier darauf hinzuweisen, daß vielfach die Meinung herrscht, daß nach durchgemachter Eklampsie bei erneuter Schwangerschaft sich die Anfälle wiederholen würden (siehe Stadlers „Richtlinien" Seite 47 Absatz 3), und aus diesem Grunde ist der größte Teil der Anträge

gestellt. So ist es zu verstehen, daß bei diesen infolge irriger Ansicht gestellten Anträgen ein großer Prozentsatz abgelehnt wird. Ein genaueres Bild ergibt folgende Übersicht:

Anträge auf:	Eklampsie vorgelegen:	Nephrose vorgelegen:	Unterbrochen:
Unterbrechung . . . 9			
genehmigt . . 4	in 2 Fällen	in 2 Fällen	—
abgelehnt . . 4	in 4 Fällen	—	—
zurückgezogen . . 1	—	—	—
Unterbrechung mit Unfruchtbarmachung . 1			
genehmigt . . 1	einmal	—	einmal
Unfruchtbarmachung . 1			
abgelehnt . . 1	einmal	—	—

Bei den genehmigten Anträgen auf Unterbrechung handelt es sich um solche, bei denen im Laufe der Untersuchung deutliche Zeichen einer Verschlechterung eintraten wie Blutdrucksteigerung, wobei die Schwere der vorangegangenen Eklampsie und der kurze Intervall bis zur vorliegenden Schwangerschaft ein maßgebender Faktor für die Genehmigung war.

Bei den abgelehnten Fällen liegt die Eklampsie zeitlich schon weiter zurück, es sind meist keine Anhaltspunkte für eine Nierenschädigung und keine ob- und subjektiven Zeichen einer Praeeklampsie zu finden, und wenn solche vorliegen, sind sie nicht bedrohlich, sondern leichteren Charakters.

Ein Antrag auf Unterbrechung bei einer 32jährigen angeblich VII. Graviden im dritten Monat, der wegen Gefahr eines Rückfalles nach einer vor vier Monaten überstandenen Eklampsie gestellt war, wurde zurückgezogen, weil bei der fachärztlichen Untersuchung festgestellt wurde, daß überhaupt keine Schwangerschaft vorlag.

Der Antrag auf Unterbrechung und gleichzeitige Unfruchtbarmachung wurde genehmigt, da bei jeder Schwangerschaft toxische Zeichen einer Nierenschädigung auftraten.

Fall 40:

„32jährige, IV. Gravide im dritten Monat. Erste Schwangerschaft wegen eklampsischer Anfälle im achten Monat durch Kaiserschnitt, zweite Schwangerschaft im dritten/vierten Monat wegen Nierenerkrankung und Blutdrucksteigerung unterbrochen; bei der dritten Schwangerschaft kam es bei Vorliegen praeeklampsischer Erscheinungen zur Frühgeburt.

Sonderdruck aus „Die Gesundheitsführung (»Ziel und Weg«)“, Heft 7, Juli 1940

Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen

Eine der ernstesten bevölkerungspolitischen Gefahren war vor der Machtergreifung die immer stärkere Lockerung der Auffassungen über die Schwangerschaftsunterbrechung. Die Vorschriften des § 218 des Strafgesetzbuches wurden in der Praxis immer großzügiger angewendet. Besonders jüdische Frauenärzte faßten den Begriff „Gefahr für das Leben der Mutter“ sehr weit. Von ihnen ging schließlich auch der Kampf um die „soziale Indikation“ aus, der darauf zielte, eine Schwangerschaftsunterbrechung schon dann zuzulassen, wenn der Arzt annehmen zu müssen glaubte, daß durch die Geburt eines Kindes eine wirtschaftliche Notlage für die Eltern entstehen könnte. Daß Kinderreichtum niemals ein Volk in wirtschaftliche Not bringen kann, sondern daß im Gegenteil das Kind auch ein wertvoller Wirtschaftsfaktor als Auftraggeber und als Konsument ist, hat inzwischen der nationalsozialistische Staat bewiesen. Eine Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialen Gründen wäre im nationalsozialistischen Deutschland mit seiner musterhaft ausgebauten Mütter- und Kinderfürsorge und seinen zahlreichen Erleichterungen für die kinderreiche Familie ein Widersinn. Aber auch die Anschauungen über die Frage, wann eine Schwangerschaft aus gesundheitlichen Gründen unterbrochen werden darf, haben sich wesentlich geändert. Besonders die vierte Verordnung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 1. Oktober 1935 hat dazu entscheidend beigetragen. Diese Verordnung verlangt, daß der untersuchende Arzt den Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung einem Gutachterausschuß vorlegt, in dem er selbst nicht vertreten ist. Damit ist eine völlig objektive Prüfung von vornherein gewährleistet und die verständliche persönliche Anteilnahme des Arztes an seinen Patienten, die das Urteil in vielen Fällen zugunsten einer positiven Entscheidung beeinflussen könnte, völlig ausgeschaltet. Gleichzeitig ist ihm aber auch die Verantwortung abgenommen, die aus menschlichen Gründen den behandelnden Arzt immer besonders stark belasten wird. Die statistischen Erhebungen, die für die Jahre 1936 und 1937 jetzt abgeschlossen werden konnten, zeigen, wie außerordentlich günstig sich die Neuregelung in bevölkerungspolitischer Hinsicht ausgewirkt hat. Während im Jahre 1932 im Altreich die Zahl der Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung einschließlich der Anträge auf Unfruchtbarmachung 43 912 betrug, von denen 34 698 genehmigt wurden, haben sich diese Zahlen in den Jahren 1936 und 1937 auf einen Bruchteil verringert, nämlich:

Im Jahre 1936 = 2 732 Anträge, davon abgelehnt 783
„ „ 1937 = 4 131 „ „ „ 1073

Diese Zahlen für die Jahre 1936 und 1937 haben absoluten Wert, d. h. sie sind gewonnen aus den vorliegenden Berichten der Gutachterstellen des ganzen Altreichs, während die Zahlen für das Jahr 1932 Näherungswerte sind, gewonnen aus je fünf Bezirken mit vorwiegend städtischer bzw. vorwiegend ländlicher Bevölkerung.

Das bedeutet eine Verminderung der Zahlen des Jahres 1932 auf weniger als 10 v. H. Neben dem gesteigerten Willen zum Kinde ist dieses hervorragende Ergebnis in erster Linie auch dem hohen Verantwortungsbewußtsein der nationalsozialistischen Ärzteschaft und der klaren Regelung durch die Vorschriften der 4. Verordnung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zu danken. Rund 90 v. H. der im Jahre 1932 noch durch eine Schwangerschaftsunterbrechung bedrohten Ungeborenen sind also von vornherein gerettet worden.

Trotz der straffen Form der Begutachtung ist die Zahl der Todesfälle nach Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung auffallend gering. Im Jahre 1936 entfielen auf rund 1100 Ablehnungen 18 Todesfälle, im Jahre 1937 auf rund 1600 Ablehnungen nur 11 Todesfälle. Von diesen insgesamt 29 Frauen starben 14 an Tuberkulose, 9 an Herzkrankheiten, 2 am Coma diabet., 1 an Sepsis, 1 an perniziöser Anämie, 1 an Toxikose und 1 an Gehirnblutung. Eine Nachprüfung der nach Ablehnung der Unterbrechung erfolgten Fehlgeburten ergab 142 Fehlgeburten für 1936 und 149 für 1937. Bei Berücksichtigung der größeren Zahl von 1073 Ablehnungen im Jahre 1937 gegenüber 783 im Jahre 1936 hat sich also auch hier eine um 50 v. H. günstigere Lage ergeben. Abtreibungen wurden 20 im Jahre 1936 und nur 3 im Jahre 1937 durch polizeiliche Nachforschungen festgestellt.

Besonders auffallend ist es, daß keine einzige der 1856 Ablehnungen der beiden Berichtsjahre zu einem Selbstmord geführt hat. Es ist daraus klar zu ersehen, wie wenig ernst die häufigen Selbstmorddrohungen in der ärztlichen Sprechstunde genommen werden dürfen. Die 29 Todesfälle werden zur Zeit an Hand der Krankengeschichten und der Obduktionsbefunde geprüft, um daraus Lehren für eine evtl. Vermeidbarkeit zu ziehen.

Dr. Stadler, München.

Bei vorliegender Schwangerschaft wieder starke Albuminurie, Blutdrucksteigerung (165/90 mm Hg). Auf Grund der Vorgeschichte und des Befundes wurde Antrag genehmigt und Unterbrechung und Unfruchtbarmachung ausgeführt."

Der Antrag auf Unfruchtbarmachung wurde vorerst abgelehnt, weil die Diagnose unklar war:

Fall 41:

„31jährige Frau, Zahl der Geburten: drei, Zahl der Fehlgeburten: zwei; 1927 Eklampsiegeburt, Kind tot. Seit 1927 Anfälle, besonders im Frühjahr und Herbst, oft acht- bis zehnmal täglich, in letzter Zeit Anfälle verschlimmert. Der Antragsteller meint, daß es sich bei den mit Bewußtlosigkeit, toxischen Krämpfen, Abgang von Urin einhergehenden Anfällen vielleicht um atypische epileptische Anfälle handelt. Auf Grund klinischer Beobachtung (laut Bericht des Staatlichen Gesundheitsamtes) liegt keine echte Epilepsie im Sinne des Erbgesundheitsgesetzes vor. — Ein Gutachter glaubt, da keine Erbkrankheiten in der Familie bekannt sind, keine Zungenbisse und keine Narben am Kopf zu sehen sind, Urin o. B. und Blutdruck 125/85 mm Hg ist, daß die Anfälle vielleicht von narbiger Gehirnveränderung von der Eklampsie herrühren. — Der Antrag wurde nach vorläufiger Ablehnung nicht wiederholt. —"

c) Praeeklampsie

Bei der Gruppe der „Praeeklampsie" treten in allen Fällen Anzeichen schwerer toxischer Schädigungen auf, sei es in Form schwerer Oedeme, starker Blutdrucksteigerung — mehrmals über 200 mm Hg —, sehr starker Albuminurie — in einem Fall so stark, daß die quantitative Eiweißbestimmung nach Esbach nicht möglich war, weil fast die ganze Flüssigkeitssäule gerann — Cylindurie, Sehstörungen, Netzhautablösungen oder anderer Symptome. —

Infolge dieser lebensbedrohlichen Zeichen wurden alle Anträge:

7 Anträge auf Unterbrechung und

2 Anträge auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung

genehmigt, wobei in fünf Fällen vor Unterbrechung aus vitaler Indikation die telefonische bzw. nachträgliche Genehmigung eingeholt werden mußte, so z. B.:

Fall 42:

„40jährige, I. Gravide im siebten Monat. Seit einigen Wochen anhaltende Kopfschmerzen, Oedeme der Unterschenkel und Füße, Atemnot, zunehmende Sehstörungen infolge beginnender Netzhautablösung,

Blutdruck 250/135 mm Hg, Urin Eiweiß 11 ‰, Sediment: hyaline Zylinder, Erythrocyten, Leukocyten, Epithelien; am Tage nach der Einweisung wegen akuter Verschlimmerung sofortige Einleitung der Frühgeburt." —

Ein Fall endete trotz Unterbrechung letal:

Fall 43:

„34jährige, III. Gravide im fünften Monat. 1930 Zangenentbindung im achten Monat wegen Eklampsie, 1934 Kaiserschnitt im achten Monat wegen Eklampsie. Jetzt letzte Periode: 5. Januar. Seit April Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Schmerzen in der Nierengegend beiderseits, dauerndes Erbrechen, Sehstörungen, Oedeme im Gesicht und an den Beinen. Urin Eiweiß 1‰, Blutdruck 210/150 mm Hg. Erstes Gutachten: Nach mehreren Aderlässen und Diät fast beschwerdefrei, trotzdem Blutdruck von 245/150 mm Hg, dahei Unterbrechung befürwortet (15. 6.).

Am 15. Juni abends Einweisung wegen Verschlechterung; andauerndes Erbrechen, Blutdruck 240 mm Hg systolisch, Sehstörungen, starke Pulsbeschleunigung. Als das zweite Gutachten gemacht werden sollte, war Patientin trotz der nun ohne Genehmigung erfolgten Unterbrechung aus vitaler Indikation am 16./17. Juni inzwischen am 19. Juni an Eklampsie und Uraemie gestorben."

Trotz der fast völligen Beschwerdefreiheit bei der ersten Begutachtung mußte Patientin noch am selben Abend wegen plötzlicher Verschlechterung eingewiesen werden; die Intoxikation schien aber inzwischen so fortgeschritten zu sein, daß der nun erfolgte Eingriff ohne Einfluß auf das Zustandsbild blieb, das sich weiterhin verschlechterte und zum Exitus führte.

Dieser Fall ist wieder ein Beispiel, wie unberechenbar Schwangerschaftstoxikosen sind, und daß gerade hierbei die Begutachtung auf schnellstem Wege durchgeführt werden muß, um durch die Unterbrechung einer irreparablen Schädigung eines Organes zuvorzukommen.

Bei den Anträgen auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung handelt es sich beim ersten um eine Praeeklampsie (bei einer 36jährigen VIII. Graviden im dritten Monat) mit bedrohlichen Symptomen wie Oedeme an den Beinen, Blutdruck 220/105 mm Hg, Urin Eiweiß +, Sediment: Erythro- und Leukocyten, spez. Gewicht 1011, wobei sich hier im Anschluß an eine Eklampsie bei der letzten Geburt das Bild einer chronischen Nephritis entwickelt hat; zweitens um eine Praeeklampsie:

Fall 44:

„40jährige, X. Gravide im dritten Monat. Zahl der Geburten: drei, Zahl der Fehlgeburten: zwei, Zahl der künstlichen Frühgeburten: vier. Während letzter Schwangerschaft vor zweieinhalb Jahren

in Behandlung wegen Nephropathie (Urin 5 ‰ Eiweiß, Blutdruck 220/140 mm Hg), keine Eklampsie, vor eineinhalb Jahren bei Nachuntersuchung Urin Eiweiß Ø, Blutdruck 140/95 mm Hg, Adipositas.

Bei jetziger Schwangerschaft Oedeme der Beine, Finger, Gesicht, Augenflimmern, Sehstörungen (keine Retinitis), Kopfschmerzen, Übelkeit, Blutdruck 220/130 mm Hg. Nach Aderlaß von 800 ccm subjektive Besserung, Blutdruck auf 185/90 mm Hg gesunken. Nachdem dieser wieder anstieg auf 230/130 mm Hg, trat im Urin bei Eiweißprobe Trübung auf, Sediment o. B. — Mit Rücksicht darauf, daß die praeeklamptischen Erscheinungen diesmal schon sehr frühzeitig auftraten (dritten/vierten Schwangerschaftsmonat) und das Fortbestehen der Schwangerschaft lebensbedrohend würde, ebenso, daß schon vier Unterbrechungen ausgeführt wurden, wird Antrag genehmigt."

d) Eklampsie

Bei den beiden Fällen von Eklampsie wurde die Schwangerschaft aus vitaler Indikation ohne vorherigen Antrag unterbrochen und erst nachträglich die Mitteilung über die Unterbrechung gemacht. Es handelt sich um eine 33jährige, I. Gravide (im sechsten Monat), die bewußtlos zu Hause aufgefunden wurde (Blutdruck 200/100 mm Hg, fast völlige Anurie) und um eine 21jährige, II. Gravide, ebenfalls im sechsten Monat, die in somnolenten Zustand zur Klinikaufnahme kam. Weitere Angaben fehlen. —

3. Pyelitis

Weitergehend kommen wir zur Gruppe: Pyelitis, die mit ihren 17 Anträgen mengenmäßig an dritter Stelle steht.

15 Anträge auf Unterbrechung, wovon
- 7 genehmigt,
- 5 abgelehnt,
- 1 wegen Besserung zurückgezogen wurde,
- 2 wurden hinfällig, da es zu einer Fehlgeburt vor Entscheidung durch die Gutachterstelle kam.

2 Anträge auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung; bei beiden wurde nur die Unterbrechung ausgeführt.

Bei den genehmigten Anträgen lagen im Gegensatz zu den abgelehnten überall toxische Symptome vor, wie länger bestehendes Fieber, Albuminurie und Cylindurie als Zeichen einer Nierenparenchymschädigung. Zu allen genehmigten Fällen trat die Schwangerschaftspyelitis in Verbindung mit oder nach anderen Schwangerschaftstoxikosen wie Hyperemesis, Anaemie auf oder auch mit anderen Erkrankungen

nicht toxischer Art, die den Zustand der Frau so erheblich verschlimmerten, daß jetzt die Unterbrechung indiziert war. Ein typisches Bild bietet der folgende

Fall 45:

„41jährige, V. Gravide, (fünfter Monat), Zahl der Geburten: drei, eine Fehlgeburt. Vom 9. Dezember bis 2. Januar in stationärer Behandlung wegen starken Erbrechens, Entlassung mit Wohlbefinden, 14. Januar Wiederaufnahme wegen Cystopyelitis. Patientin hatte hohe Temperaturen, kolikartige Schmerzen ab 12. Februar, weitere Verschlimmerung, Temperatur bis 40,5 °, Urin Eiweiß +, 5 ‰. Röntgenologisch beide Nieren erheblich vergrößert, Nierenbecken erweitert, Ureteratonie beiderseits; seit 29. Februar dauernd Temperaturen zwischen 38 und 40,5 ° C, Puls 130, Blutdruck 95/60 mm Hg, hochgradige Schwäche, rascher Zerfall, Delirien. Unterbrechung wird genehmigt."

Bei beiden Anträgen auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung handelt es sich im ersten nicht um eine gewöhnliche Schwangerschaftspyelitis (laut Gutachten), sondern um eine zum dritten Mal wiederkehrende Urosepsis mit Beteiligung der Niere und Leber; die beiden ersten Schwangerschaften wurden wegen Schwangerschaftspyelitis mit hohem Fieber und Nierenkomplikation ebenfalls unterbrochen. Im zweiten konnte die Begutachtung nicht mehr erfolgen, da vier Tage nach Antragstellung wegen Pyelitis ein akuter Dickdarmileus auftrat; infolge lebensbedrohlichen Zustandes war sofortige Laparatomie notwendig, eine Ursache für den Ileus konnte nicht festgestellt werden, man machte dafür die Schwangerschaft verantwortlich und führte die Unterbrechung aus, Unfruchtbarmachung erfolgte nicht. —

Im ganzen gesehen herrscht bei den vorliegenden Anträgen der Pyelitis Klarheit über die Indikationsstellung zur Unterbrechung; wegen Erweiterung und Atonie der Ureteren und der oft infolge Stauung des Urinflusses auftretenden Pyelitis wurde kein Antrag gestellt, sondern erst nach Auftreten von Zeichen einer Nierenschädigung oder anderer Komplikationen. —

Weiter kommen wir nun zur Aufführung und Besprechung einer Anzahl von Krankheitsbildern, die mengenmäßig nur einen geringen Teil des vorliegenden Materials ausmachen, die aber wegen der Beurteilung durch die Gutachterstellen verdienen aufgeführt zu werden.

4. Allgemeine Toxikosen

a) Leichte Toxikosen

Unter der Gruppe „Leichte Toxikosen" ist eine Anzahl von Anträgen zusammengefaßt, bei denen die Möglichkeit bestand, daß die auftretenden Symptome, wie Schwindelanfälle, starkes Herzklopfen,

Tachycardie, nicht übermäßiges Erbrechen, Blutarmut und andere Erscheinungen auf eine Schwangerschaftstoxikation leichten Grades zurückgeführt werden könnten, bei all denen aber wegen des geringen Grades der Erscheinungen, die sich nicht verschlimmerten, eine Unterbrechung nicht indiciert war. So ist auch zu verstehen, daß von den sieben gestellten Anträgen sechs abgelehnt und einer zurückgezogen wurde.

In letzterem Fall trat nach Aufrichtung eines retroflektierten eingeklemmten Uterus im zweiten bis dritten Monat sehr starkes Erbrechen, Unruhe, Beklemmungsgefühl auf, Puls wurde frequent (bis 170) und klein, im Urin wurde Aceton positiv, es fanden sich im Sediment Zylinder, Temperatur normal, Hämoglobin 125 %, Morphin, Dilaudid und Permocton erzielten nur vorübergehende Besserung. Nach Strophantin-Traubenzuckerbehandlung ging Pulsfrequenz herunter. Antrag wurde zurückgezogen, nähere Angaben über die Gründe fehlen.

b) Schwere Toxikosen

Im Gegensatz dazu stehen die neun Fälle von „Schwerer Toxikose", die sich verteilen auf

8 Anträge auf Unterbrechung,
7 genehmigt, 5 davon unterbrochen
2 Unterbrechungen nicht ausgeführt
(vergleiche Seite 38),
1 bedingt abgelehnt,
1 Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung, der genehmigt wurde.

Hier treten Schwangerschaftstoxikosen meist gehäuft und mit bedrohlichen Symptomen auf, wie in folgendem

Fall 46:

„32jährige, I. Gravide, sechster Monat. Pyelitis zuerst rechts, dann doppelseitig, Sediment: mäßig Leukocyten, Bact. coli, granulierte Zylinder, sekundäre (wahrscheinlich Graviditäts-) Anaemie mit Sinken des Hämoglobinwertes unter 40 % trotz Bluttransfusion. Schwere Leberschädigung mit Icterus, hohe Temperaturen, unstillbares Erbrechen, zunehmende Benommenheit, Myocardschädigung. Wegen des bedrohlichen Zustandes wurde die Unterbrechung sofort mittels vaginaler Sectio ausgeführt, im weiteren Verlauf traten fieberhafte Komplikationen dazu (weitere Angaben fehlen)."

Wie hier, so finden wir in vielen Fällen dieser Gruppe ein gehäuftes Auftreten von Schwangerschaftstoxikosen, wie schwerste Leberschädigung mit Icterus, Nierenschädigung, Erbrechen und Beklommenheit, sogar Bewußtlosigkeit:

Fall 47:

„Eine 24jährige, I. Gravide, fünfter Monat, erkrankte plötzlich mit Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Fieber (Temperatur bis 39,6 °). In der folgenden Nacht wiederholt Krampfanfälle, Bewußtseinsstörungen, am nächsten Tage Häufung der Krampfanfälle, völlige Bewußtlosigkeit. Einweisung im Coma; grav. mens. V (intact). Urin Eiweiß 0,25 ‰, Sediment: massenhaft hyaline und granulierte Zylinder, Aceton und Acetessigsäure sehr stark positiv, Zucker Ø, Urobilinogen und Bilirubin Ø. Leib weich, Leber und Milz nicht vergrößert, Reflexe normal, geringe Nackensteifigkeit. Am Tag darauf Zunahme des Coma, Aceton und Acetessigsäure wesentlich vermehrt. Unterbrechung des lebensbedrohlichen Zustandes. Verlauf mit fieberhafter Komplikation.

Man führte die Erscheinungen auf eine Schwangerschaftsintoxikation, hält aber auch eine Encephalitis (vielleicht Cerebropathia grav.) für möglich."

Bei den genehmigten, aber nicht unterbrochenen Fällen handelt es sich:

1. Um einen Icterus gravis mit Gefahr der akuten gelben Leberatrophie, katastrophaler Allgemeinzustand; die Frau (im fünften Monat der Gravidität) hatte sich auf eigene Gefahr geweigert, die Unterbrechung ausführen zu lassen, im weiteren Verlauf der Schwangerschaft besserte sich ihr Zustand so, daß die Schwangerschaft ausgetragen werden konnte und es zur Geburt eines gesunden Kindes kam.

2. Um eine recidivierende Pyelitis mit hohen Temperaturen, ileusartigen Erscheinungen, Leberschädigung (Leber vergrößert, hart), Arthritis eines linken Fingergelenkes, Abszeßbildung vor dem linken Ohr (Parotitis ?), wegen der septischen Erscheinungen wurde Unterbrechung vorläufig nicht ausgeführt, eine spätere Anzeige fehlt.

Bei dem bedingt abgelehnten Antrag handelt es sich um Intoxikationserscheinungen, wie Schüttelfröste, Fieber, Leberschwellung mittleren Grades, Subikterus, Pyelitis, Anaemie (Hb 55 % Erythrocyten 2,8 Millionen) Hyperemesis, Muskelatrophie an Arm und Bein; der neurologische Befund ließ an einen diffusen Entzündungsherd im Gehirn denken (Encephalitis); als Schwangerschaftstoxikose Cerebropathia toxica grav. Wegen des Zeitpunktes dieser Schwangerschaft (siebter Monat), und da man das Aufflackern einer Infektion durch den Eingriff befürchtete, wurde Unterbrechung bedingt abgelehnt; bei Verschlechterung des Zustandes war sofortige Unterbrechung im voraus genehmigt.

Der Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung wurde gestellt bei einer 40jährigen Frau — fünf Geburten. drei Totgeburten, Zahl der lebenden Kinder: eines — bei der das letzte Kind am Tage nach der Kaiserschnittentbindung (wegen Schwangerschaftstoxikose, völlige Blindheit, Benommenheit, hochgradige Oedeme) gestorben ist. Gynäkologisch war jetzt kein sicherer Schwangerschafts-

befund zu erheben, möglicherweise liegt eine klimakterische Blutungsanomalie vor, zumal das Allgemeinbefinden im Gegensatz zu den starken Störungen der früheren Schwangerschaften unverändert gut war. Trotzdem wurde Antrag genehmigt in Anbetracht der Anamnese: drei Totgeburten wegen Schwangerschaftstoxikose, ein Kind elf Tage post partum gestorben, eine Zangengeburt, Eklampsie und Sectio. —

In all diesen Fällen sehen wir, daß infolge der vorhandenen Komplikationen bzw. der Häufung von Schwangerschaftstoxikosen bei ein und derselben Kranken das klinische Erscheinungsbild die Unterbrechung und in dem einen Fall auch die gleichzeitige Unfruchtbarmachung erfordert.

5. Thyreotoxikose

Als weitere Schwangerschaftstoxikose führe ich die „Thyreotoxikose" auf als die Toxikose mit vorwiegender Schädigung eines einzelnen Organs, der Schilddrüse, hervorgerufen durch eine Schwangerschaft (siehe Stadlers „Richtlinien" Seite 108, Absatz 4 ff. unter dem Kapitel „Andere interne Indikationen"). Es kann hierbei die Schwangerschaft einen Morbus Basedow auslösen, die Ursache ist — wie schon anfangs erwähnt — in einer Minderwertigkeit der Gesamtkonstitution, hier besonders in einer Funktionsanomalie der Schilddrüse zu suchen, oder ein leichter oder mittelschwerer Fall von Morbus Basedow verschlimmert sich zusehends im Verlauf der Schwangerschaft.

Bei den sechs gestellten Anträgen dieser Gruppe liegen mit Ausnahme von einem, mittelschwere Erkrankungen vor, die keinen Grund zur Unterbrechung bieten, wie auch das Ergebnis der Begutachtung zeigt:

3 Anträge auf Unterbrechung
genehmigt . . . 1
abgelehnt . . . 2

2 Anträge auf Unterbrechung und gleichzeitiger Unfruchtbarmachung
abgelehnt . . . 2

1 Antrag auf Unfruchtbarmachung
genehmigt . . . 1

In dem Fall, in dem die Unterbrechung genehmigt wurde, begann die Schilddrüse bei der ersten Schwangerschaft zu schwellen, die wie die zweite, zu einem Abort führte. Bei der jetzt vorliegenden Schwangerschaft haben sich bei einer weiteren Schwellung der Schilddrüse die Beschwerden noch weiter gesteigert, subjektiv klagt die Patientin über Atemnot, Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüchen, Haarausfall, objektiv ist eine Grundumsatzsteigerung von 56 %, ein Blutdruck von 170/90 mm Hg (Alter: 37 Jahre), eine deutliche Vermehrung und Vaskularisierung der Struma, Steigerung der Pulsfrequenz, feinschlägiger Tremor

der Hände und starke Schweißbildung festzustellen. Im Hinblick auf die progrediente Verschlechterung wird die Unterbrechung genehmigt.

Bei dem genehmigten Antrag auf Sterilisierung liegt neben der während drei Schwangerschaften aufgetretenen und sich verschlimmernden Thyreotoxikose eine Neurasthenie und Psychopathie vor. — Die beiden Anträge auf Unterbrechung mit Unfruchtbarmachung werden abgelehnt, da es sich bei den beiden um mittelschwere Fälle handelt, die keinen Grund zu einer Unterbrechung, viel weniger noch zu einer Unfruchtbarmachung boten.

Hier muß darauf hingewiesen werden, daß zu einer genaueren Beurteilung der Erkrankung die Beiziehung eines Facharztes bei der Begutachtung wünschenswert ist. In drei der vorliegenden Anträge wegen Thyreotoxikose waren die Beschwerden mehr auf neurotische Störungen zurückzuführen, bei der fachärztlichen Untersuchung ergab sich kein Anhalt für Morbus Basedow.

6. Anaemie

Von den vorliegenden sieben Anträgen wegen Anaemie zeigen nur vier das Bild einer perniciosaähnlichen Schwangerschaftsanaemie, während die übrigen — in einem Fall mit Schwangerschaftserbrechen verbunden — eine sekundäre Graviditätsanaemie sind. Das Ergebnis ist auch dementsprechend.

a) Perniciosaähnliche Schwangerschaftsanaemie

4 Anträge, davon:
- 3 Anträge auf Unterbrechung genehmigt . . . 3
- 1 Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung genehmigt . . . 1

b) Sekundäre Anaemie:

3 Anträge auf Unterbrechung
- genehmigt . . . 1
- abgelehnt . . . 2

Bei einem Fall der sekundären Anaemie lag dem allgemeinen Befund nach eine Indikation zur Unterbrechung vor, die auch durchgeführt wurde, während bei den beiden übrigen Fällen weder die Vorgeschichte noch das klinische Bild eine Unterbrechung rechtfertigte und beide Anträge abgelehnt wurden.

Im Gegensatz dazu stehen die Fälle von perniciosaähnlicher Schwangerschaftsanaemie, wo in einem Fall während der Beobachtung trotz Behandlung mit Leber- und Eisenpräparaten der Erythrocytenwert und

Haemoglobingehalt ständig sank: 9. März (grav. mens. III): Haemoglobin 75 %, Erythrocyten 5,53 Millionen, 23. April: Hb 68 % Erythrocyten 3,37 Millionen, 9. Mai: Hb 60 %, Erythrocyten 2,83 Millionen, Färbeindex 1,07 Poikilocytose, Anisocytose. Hier ist auf Grund der zunehmenden Verschlechterung des roten Blutbildes im Sinne einer Perniciosa trotz Perniciosatherapie wegen der ungünstigen Prognose die Unterbrechung berechtigt.

In einem anderen Fall finden wir die perniciosaähnliche Schwangerschaftsanaemie mit 2 Millionen Erythrocyten, einem Haemoglobinwert von 29 % und mit Normoblasten in Verbindung mit dem Addisonschen Symptomkomplex, wozu noch bei der 31jährigen I. Graviden schizophrene und katatonische Erscheinungen traten. Weniger der psychische, sondern in erster Linie der körperliche Zustand erforderte in diesem Falle die Unterbrechung. —

Die Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung erfolgte weniger auf Grund des Befundes: Haemoglobin 70 %, Erythrocyten 3,5 Millionen, Färbeindex 1,0, Durchmesser 7,3 µ, am Herzen Geräusch an allen Ostien, als auf Grund der Familienanamnese, aus der hervorgeht, daß Mutter, Großmutter und Bruder eine perniciöse Anaemie gehabt haben sollen, und auf Grund der eigenen Anamnese, nach der die jetzt III. Gravide (grav. mens. IV.) 1928, 1929 und 1931 wegen perniciöser Anaemie in Behandlung stand. Trotzdem Vorgeschichte und jetziger Befund an eine Biermersche Anaemie denken läßt, dürfte es sich hier wiederum um eine pathalogische Funktion eines Organs, des Knochenmarks, handeln, bedingt durch die Schwangerschaft, mit dem Bilde einer perniciosaähnlichen Schwangerschaftsanaemie. Die Disposition dazu mag erblich verankert sein, doch kommt bei einer echten Perniciosa eine Schwangerschaft wegen des Darniederliegens der Geschlechtsfunktion kaum in Betracht, während hier schon zwei normale Geburten vorausgegangen sind.

7. Dermopathie

Von den Schwangerschaftsdermopathien liegen drei Fälle vor, von denen zwei Anträge auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung und ein Antrag auf Unfruchtbarmachung genehmigt wurden. Im letzteren wurde die Genehmigung erteilt, weil bei der Patientin, die fünf Geburten — darunter drei Frühgeburten — mitgemacht hat, während der vorausgegangenen Schwangerschaften starke Schwangerschaftsdermatitiden auftraten.

Ebenso ist im nächsten Fall zu beobachten, wie im Verlauf mehrerer Schwangerschaften sich das Bild einer Dermopathie fortlaufend verschlechtert, bis es zuletzt zu einer schweren Sepsis kommt; in den beiden danach folgenden Schwangerschaften ist es gar nicht mehr möglich, die Schwangerschaft auszutragen, es kommt zu Aborten.

Fall 48:

„38jährige, VII. Gravide im dritten Monat. Zahl der Geburten: vier, Zahl der Fehlgeburten: zwei. Erste Geburt spontan, zweite Geburt spontan, Schwangerschaftsdermatose, dritte Geburt spontan, drei Tage post partum puerperale Infektion, wahrscheinlich endogen, nachfolgend Icterus und Angina phlegmonosa. Vierte Gravidität: wegen schwerer Dermatose, beginnend im sechsten Monat mit hohem Fieber (40,0°), Gewichtsabnahme von 10 kg und Verdacht auf Fruchttod vaginale Sectio, Kind tot, anschließend Puerperalfieber mit Herzinsuffizienz und schwerstem Kollaps. Die nächsten zwei Schwangerschaften endeten mit einem Abort. Da jetzt im dritten Monat noch keine Erscheinungen aufgetreten sind, lehnte ein Gutachter den Antrag ab. Im Obergutachten wurde der Antrag doch befürwortet mit Rücksicht auf die Anamnese, wobei man die Dermatose als einen Herpes gestationis diagnostizierte, die Möglichkeit aber nicht ausschloß, daß es sich vielleicht um eine viel seltenere und gefährlichere Hauterkrankung, um eine Impetigo herpetiformis handeln könne, deren Recidiv besonders lebensbedrohlich wäre."

Rückblickend könnte man hier annehmen, daß es sich um einen jener Fälle von Impetigo herpetiformis handelt, bei dem, bei jeder Schwangerschaft neu auftretend, die Schübean Intensität zunehmen, bis es hier bei der vierten Gravidität zu einem ganz schweren Krankheitsbild kam. Auch die Unfruchtbarmachung läßt sich in diesem Falle verantworten, da jedes weitere Recidiv — laut Obergutachten — lebensbedrohend wäre, die Frau schon Kinder hat und die beiden letzten Schwangerschaften — vielleicht infolge toxischer Einflüsse — nicht ausgetragen werden konnten, sondern zu einem Abort führten. —

Auf jeden Fall aber ist bei diesen Anträgen wegen Dermopathien zur Entscheidung eine ausführliche dermatologische Begutachtung nötig.

Bei dem anderen Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung spielt bei der Genehmigung neben der im Vordergrund stehenden ekzematösen sich im Laufe der Schwangerschaft erheblich verschlimmernden Erkrankung noch eine erbliche Komponente eine Rolle (Mutter des Vaters geisteskrank; Vater potator, zwei Schwestern des Vaters durch Suicid geendet, Ehemann potator).

8. Seltene Ursachen

Zum Schluß kommen wir zu den im vorliegenden Material nur in der Einzahl vorhandenen Anträgen wegen einer Schwangerschaftstoxikose, wovon der Antrag wegen Hydrops grav. schon im Fall 39 niedergelegt ist.

Bei dem wegen „Essentieller Hypertonie" auf Schwangerschaftsunterbrechung gestellten Antrag, der wegen des lebensbedrohlichen Zustandes der Patientin genehmigt wurde, handelt es sich wohl um eine Schwangerschaftsnephrose, denn neben dem Blutdruck, der trotz

Bettruhe auf 225/155 mm Hg gestiegen ist, neben der Tachycardie, den ortho- und dyspnoeischen Anfällen — oft bedingt durch Zwerchfellhochstand, Verlagerung des Herzens — fand sich eine Albuminurie von 12 ‰ und im Sediment hyaline und granulierte Zylinder, was zusammen das schon früher besprochene Bild der Nephropathie ergibt.

Weiter liegt ein Antrag auf Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung wegen eines „Haemolytischen Icterus" vor, der selbst keine Toxikose ist, aber nach Eintritt der Schwangerschaft Erscheinungen zeigte, die man wohl toxisch werten könnte, die aber nicht eine medizinische Indikation zur Unterbrechung mit gleichzeitiger Unfruchtbarmachung boten. Der zweite Gutachter vertrat die richtige Ansicht, daß weniger wegen des nach Nägeli als Erbkrankheit aufzufassenden haemolytischen Icterus als vielmehr wegen eines ausgesprochenen Schwachsinnes bei der IV. Graviden der Antrag vom Amtsarzt gestellt werden müßte.

Das seltene Bild der „Schwangerschaftsosteomalazie" ist in einem Fall vertreten, wobei Antrag auf Unterbrechung gestellt wurde. Es handelt sich um eine 35jährige, VIII. Gravide im zweiten Monat, bei der vor der jetzigen Schwangerschaft eine nur geringe osteomalazische Veränderung des linken Os lunatum bestand, die nach Eintritt der Schwangerschaft sich bedeutend verschlimmerte. Auch das Os lunatum der rechten Hand erkrankte, so daß auf Grund der durch die Schwangerschaft eingetretenen sichtbaren Verschlimmerung, auf die die einsetzende Therapie ohne Einfluß blieb, die Unterbrechung genehmigt wurde. Da sich die Erkrankung im Sinne einer Köhlerschen Krankheit nur auf die Ossa lunata beschränkte und nicht auch andere Knochen befiel, erübrigte sich die in den Richtlinien angegebene Kastration.

Den wegen „Psychose" auf Unterbrechung gestellten Antrag führe ich deswegen unter den Toxikosen auf, weil bei der 31jährigen II. Graviden diese psychischen Veränderungen nach einer Eklampsie mit schweren Anfällen (nach dem ersten Partus vor acht Monaten) auftraten. Bei der jetzigen Schwangerschaft trat eine erhebliche Verschlimmerung der schweren Depressionen, Hemmungs- und Wahnideen, Suicidgedanken auf, neben diesen psychischen Störungen machte sich ein allgemeiner körperlicher Verfall bemerkbar, Patientin klagte über starke Kopfschmerzen, Schwindel und Geistesabwesenheit, so daß man die Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen genehmigte. Inwieweit nach der Unterbrechung eine Besserung der psychischen Verfassung eintrat und ob die körperliche Schwäche nicht doch auf ein anderes Leiden zurückzuführen war — vielleicht sind die angegebenen Beschwerden, wie Kopfschmerz, Schwindel, Geistesabwesenheit doch als postnephrotische bzw. posteklamptische Symptome aufzufassen —, ergibt sich nicht aus den Unterlagen. (Vergleiche dazu: Stadlers „Richtlinien" Seite 128 Absatz 2 ff. und Seite 47 Absatz 4) —

Zusammenfassung

Nachdem das Material dieser Arbeit nach Erkrankungen geordnet besprochen wurde, läßt sich zusammenfassend sagen, daß sich in der Mehrzahl der Fälle die Anträge und Gutachten trotz des kurzen Bestehens der „Vierten Verordnung" an die „Richtlinien" halten. In den meisten Fällen konnte die Diagnose des antragstellenden Arztes aufrecht erhalten werden; in ganz vereinzelten Fällen, wo Antrag auf Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen gestellt wurde, lag eine Schwangerschaft nicht vor. Einzelne Mängel bei der Antragstellung und Begutachtung (z. B. stark verzögerte Bearbeitung mit daraus sich ergebenden ernsten Folgen, Nichtbeachtung der Richtlinien u. ä.) sind Zeichen der Anlaufzeit dieser Organisation. Aus dem Ergebnis der Sichtung des Materials über Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen und dem Schicksal der dabei abgelehnten Anträge aus dem Jahre 1937 ist klar zu ersehen, daß sich gegenüber 1936 eine noch günstigere Lage ergeben hat (siehe „Die Gesundheitsführung" Heft 7, Juli 1940: Stadler: Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen). — (Siehe Anlage!)

Interessant dürfte ein Vergleich sein zwischen den Zahlen, die die Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung aus der gesamten Medizin von 1936 betreffen (siehe: — A —) und der Zahl der Anträge, bzw. Unterbrechung auf dem Gebiet der Schwangerschaftstoxikosen aus dem Jahre 1935/36 (— B —).

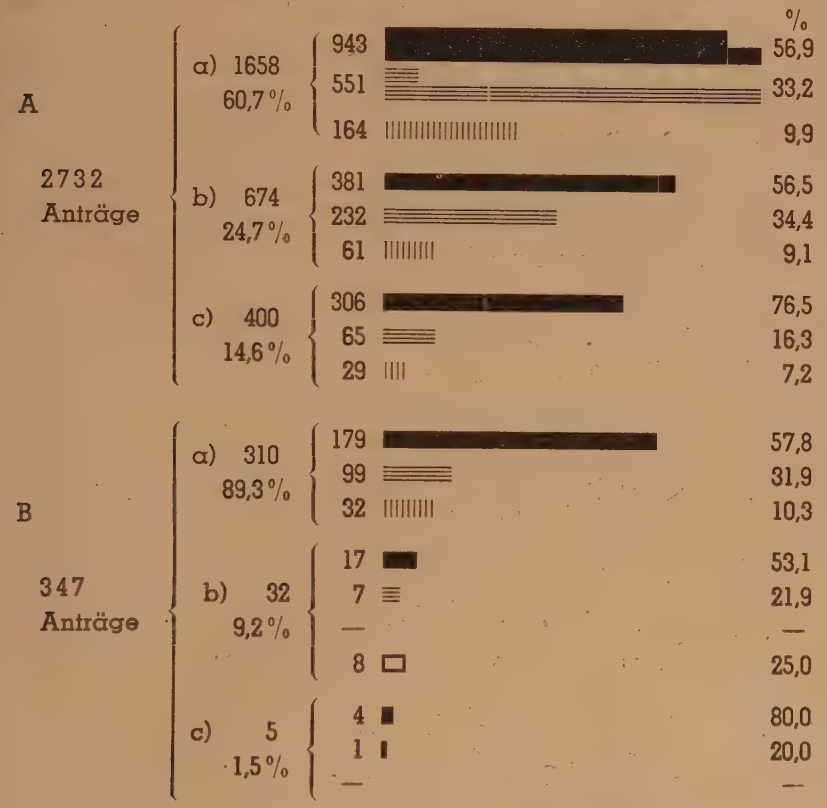
Prozentual ist die Zahl der Unterbrechungen bei den Toxikosen größer, wo dem Charakter der Erkrankung entsprechend eine Indikation zu einer Unfruchtbarmachung seltener gegeben ist.

Dagegen sind die Prozentwerte über die Entscheidungen, ob genehmigt, abgelehnt oder nicht entschieden, bei allen Arten der Anträge (a, b, oder c) ähnlich, besonders bei den Unterbrechungen fällt dieses fast gleiche prozentuale Verhältnis auf.

Nach Häufigkeit der Krankheiten geordnet nimmt die Schwangerschaftstoxikose in den genehmigten Fällen erst die siebte Stelle ein:

Tuberkulose	597
Andere innere Krankheiten	243
Krankheiten des Herzens	230
Gynäkologische Erkrankungen	141
Beckenanomalien	101
Nerven- und Geisteskrankheiten	93
Schwangerschaftstoxikosen	73
Chirurgische und orth. Erkrankungen	56
Maligne Krankheiten	52
Augenkrankheiten	18
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	16
Hautkrankheiten	10

(Diese Aufstellung, sowie die Zahlen der Tabelle A sind einer Statistik „Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen 1936" der Reichsgutachterstelle für Schwangerschaftsunterbrechung bei der Reichsärztekammer — Leiter: Dr. Stadler — entnommen und zum Abdruck in dieser Arbeit freigegeben.)



Bei der Beurteilung eines Falles von Schwangerschaftstoxikose soll in Erwägung gezogen werden, daß gerade bei den Schwangerschaftstoxikosen in prognostischer Beziehung sich überhaupt nichts sicheres sagen läßt. Wie unberechenbar diese Erkrankungen der Schwangerschaft sind, wurde schon an mehreren Fällen gezeigt (z. B. Fall 5, wo es trotz anfänglicher Besserung nach der Unterbrechung doch zum Exitus kam,

siehe auch Fall 2, 3, 4, 36, 43). Trotz der Unberechenbarkeit der Prognose muß man sich nach Begutachtung eines Falles von Toxikose eines wissenschaftlich noch nicht vollständig erforschten Krankheitszustandes während der Schwangerschaft, bei der Entscheidung, ob Ablehnung oder Befürwortung, strengstens an den erhobenen Befund halten und nur beim Vorliegen schwerster toxischer Symptome eine Unterbrechung befürworten — was bei den einzelnen Toxikosen schwere toxische Zeichen sind, bei deren Auftreten das Leben der Mutter stark gefährdet ist, ist in den „Richtlinien" festgelegt —, anderenfalls ist eine Unterbrechung abzulehnen, im Zweifelsfalle eine klinische Beobachtung, bzw. Behandlung anzuraten. Bei ganz plötzlich einsetzender (akuter) Verschlechterung ist immer noch die Möglichkeit gegeben, in einer Krankenanstalt sofort die Unterbrechung vorzunehmen. (Telefonisch, bei Zeitmangel nachträglich, ist die Genehmigung der Gutachterstelle einzuholen.)

Es gibt nicht viele Fälle, wo eine Schwangerschaftstoxikose Grund zur Unterbrechung bietet. Wenn trotzdem in dieser Arbeit die Zahl der Unterbrechungen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Anträge sehr hoch erscheint, so liegt dies daran, daß — abgesehen von solchen Fällen, wo der Wunsch nach Abtreibung besteht und eine Erkrankung vorgetäuscht bzw. aggraviert wird — größtenteils nur bei schwereren krankhaften Zuständen die Gravide einen Arzt aufsucht und dann — oft erst nach erfolgloser Behandlung — Antrag auf Unterbrechung gestellt wird. Die große Zahl der leichteren toxischen Erkrankungen während der Schwangerschaft, hierbei speziell die Hyperemesis, kann hier statistisch nicht erfaßt werden, da zum geringen Teil kein Arzt aufgesucht wird, größtenteils aber die ärztliche, fachärztliche und klinische Behandlung von Erfolg ist und somit ein Antrag sich erübrigt.

Das Ergebnis ist, daß im Verhältnis zur Häufigkeit des Vorkommens von Schwangerschaftstoxikosen nur wenige Fälle die schweren toxischen Erscheinungen zeigen, die zu einer Unterbrechung bzw. in noch selteneren Fällen zu einer Unfruchtbarmachung führen.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Dozenten Dr. Fr. Stähler für die freundliche Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates, Herrn Professor Dr. med et phil. Guthmann für die Übernahme des Korreferates, sowie Herrn Dr. Stadler danken, der das statistische Material zur Verfügung stellte und mir mit Rat und Tat zur Seite stand.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir das Medizinstudium nur unter großen persönlichen Opfern ermöglichen konnten. Ihnen ist vorstehende Arbeit gewidmet als eine kleine Anerkennung für ihre vielen Sorgen und Mühen.

Schrifttum:

Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe (1935) 105 ff., 532 ff.

Stadler: Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen (1936).

Stadler: „Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen", Sonderdruck aus: Die Gesundheitsführung (Ziel und Weg), Heft 7, Juli 1940.

Statistik der Reichsgutachterstelle für Schwangerschaftsunterbrechung bei der Reichsärztekammer: Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen 1936.

Lebenslauf

Geboren am 13. März 1917 zu Darmstadt als Sohn des damaligen Regierungsbaumeisters, jetzigen Stadtbaurats Wilhelm Orth, besuchte ich in Bingen am Rhein die Volksschule von Ostern 1923 bis 1926 und trat Ostern 1926 in das Humanistische Gymnasium Bingen am Rhein, wo ich am 14. März 1935 das Reifezeugnis erhielt. Nach Ablauf des Arbeitsdienstjahres begann ich im Winterhalbjahr 1935/36 das Studium der Medizin und besuchte während der Studienzeit die Universitäten Würzburg, Freiburg i. Br., Frankfurt am Main, München.

Die ärztliche Vorprüfung bestand ich am 7. März 1938 an der Universität Würzburg, die ärztliche Prüfung am 13. April 1940 an der Universität München, wonach mir die Bestallung als Arzt mit der Geltung vom 13. April 1940 erteilt wurde.

41/39